

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANDRÉA NOEREMBERG GUIMARÃES

A PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL DO MODELO MANICOMIAL AO
PSICOSSOCIAL: HISTÓRIA CONTADA POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CURITIBA

2011

ANDRÉA NOEREMBERG GUIMARÃES

A PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL DO MODELO MANICOMIAL AO
PSICOSSOCIAL: HISTÓRIA CONTADA POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado – Área de Concentração em Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Saúde, Educação e Enfermagem – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariluci Alves Maftum

CURITIBA
2011

Guimarães, Andréa Noeremberg

A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem / Andréa Noeremberg Guimarães. Curitiba, 2011.

212 f. ; 30 cm.

Orientador: Mariluci Alves Maftum

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração em Prática Profissional de Enfermagem Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Enfermagem. 2. Saúde Mental. 3. Assistência em Saúde Mental. 4. Transtornos Mentais. I. Título. II. Maftum, Mariluci Alves.

CDD 616.89

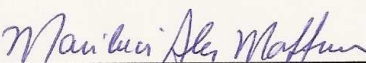
TERMO DE APROVAÇÃO

ANDRÉA NOEREMBERG GUIMARÃES

A PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL DO MODELO MANICOMIAL AO PSICOSSOCIAL: HISTÓRIA CONTADA POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

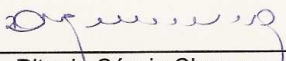
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Profa. Dra. Mariluci Alves Maftum

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Profa. Dra. Rita de Cássia Chamma

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 22 de março de 2011.

Dedico este trabalho à minha família:

A meus pais Ulisses e Olinda, pelos ensinamentos, apoio, compreensão, confiança e motivação.

À minha irmã Ariane e a meu irmão Audrey, pelo incentivo e pela força que me dão para superar os obstáculos que a vida nos traz.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, bênção, proteção e por guiar meus passos durante esta caminhada. Sem Ele nada seria possível.

Aos meus pais Ulisses e Olinda, pelo amor, exemplo, por sempre terem acreditado em minha capacidade e compartilhado das minhas conquistas.

À minha irmã Ariane e ao meu irmão Audrey, pelo apoio e incentivo incondicionais.

Aos meus familiares, pelo carinho e pela motivação do aperfeiçoamento.

À Professora Doutora Mariluci Alves Maftum, pela orientação deste trabalho, confiança, estímulo, disponibilidade e pelas tantas oportunidades, minha gratidão.

Às Professoras Doutoras Rita de Cássia Chamma, Maria de Fátima Mantovani e Liliana Müller Larocca, pelas valiosas contribuições na concretização deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (PPGEnf/UFPR), pela oportunidade de aprendizado e evolução em minha carreira profissional.

À Professora Doutora Maria Ribeiro Lacerda, coordenadora do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem – Nepeche, e aos demais membros e pesquisadores, pelas contribuições e orientações científicas recebidas para a realização desta pesquisa.

Aos profissionais de enfermagem colaboradores deste estudo, por compartilharem comigo suas vivências da prática em saúde mental. Sem a disponibilidade de vocês, não seria possível a efetivação deste estudo.

Às bolsistas de iniciação científica, Clarissa Regina Jasnievisk e Gabriela Rizério Leite, pelo carinho e por estarem comigo durante a realização das entrevistas.

Às colegas do curso de Mestrado do PPGEnf/UFPR, em especial à Tatiana Brusamarello e à Ana Paula Hermann, pela amizade, companheirismo e apoio recebidos durante essa caminhada nos últimos dois anos.

Ao Reuni, pelo auxílio financeiro.

A todos aqueles que, embora não citados, participaram de alguma forma deste trabalho.

As pessoas mais felizes não
têm as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor das
oportunidades que aparecem
em seus caminhos.
A felicidade aparece para
aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam.
Para aqueles que buscam
e tentam sempre.

Clarice Lispector

RESUMO

GUIMARÃES, A. N. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem.** 2011. 212 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariluci Alves Maftum.

Pesquisa realizada com objetivo de apreender como os profissionais de enfermagem vivenciam a prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial enfocado pela reforma psiquiátrica. Trata-se de um estudo de história oral temática, desenvolvido de 2009 a 2010, em um hospital psiquiátrico público, da região metropolitana de Curitiba. Participaram seis profissionais de enfermagem: dois enfermeiros e quatro auxiliares de enfermagem. As narrativas foram obtidas por meio de entrevista semiestruturada, analisadas e organizadas em categorias temáticas: 1) O ingresso de profissionais de enfermagem no modelo hospitalocêntrico; 2) A admissão do portador de transtorno mental e a precariedade das condições dos hospitais psiquiátricos; 3) A assistência e a prática da enfermagem no modelo hospitalocêntrico; 4) O comportamento do portador de transtorno mental e a precária terapêutica recebida no modelo hospitalocêntrico; e 5) Desconstruindo a lógica manicomial: potencialidades, limitações e desafios da reforma psiquiátrica. Os colaboradores narraram que, até meados de 1970, a assistência em saúde mental apresentava condições precárias, como falta de qualificação dos profissionais nos hospitais psiquiátricos, problema de superlotação desses ambientes, isolamento estabelecido como a única modalidade de tratamento, deficiência na infraestrutura das instituições e uso de terapêuticas incipientes, que, por vezes, eram utilizadas de forma desumana e coercitiva. Todavia, referiram que, nas últimas décadas, ocorreram mudanças no atendimento ao portador de transtorno mental, trazendo benefícios que envolveram qualificação e maior quantidade e tipos de categorias dos trabalhadores, redução do número de pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos, uma nova percepção sobre o transtorno mental e seu portador, um novo modo de se relacionar com os pacientes e modalidades terapêuticas que visam à ruptura com o modelo hospitalocêntrico com técnicas desumanas, viabilizando a humanização, a reinserção social, a autonomia e o exercício da cidadania. Apesar de manifestarem a existência de mudanças que rompem com saberes e práticas cristalizadas no contexto manicomial, os colaboradores evidenciaram lacunas para a efetivação da reforma psiquiátrica. Há um número insuficiente de serviços extra-hospitalares, faltam recursos humanos em quantidade e qualidade necessários e, em um passado muito recente, o portador de transtorno mental tem sofrido a desassistência e maus tratos. Diante dessas fragilidades, ressalta-se a necessidade de os gestores atuarem no sentido de disponibilizar número adequado de vagas em dispositivos de tratamento extra-hospitalares, com os cuidados apropriados a todos os usuários, capacitação de recursos, bem como o preparo e cuidado da comunidade e da família para a inserção do portador de transtorno mental na sociedade.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde Mental. Assistência em Saúde Mental. Transtornos Mentais.

ABSTRACT

GUIMARÃES, A. N. **Practice of manicomial to psychosocial model mental health: history told by nursing professionals**. 2011. 212 f. Thesis [Master's degree of Nursing] – Federal University of Paraná, Curitiba. Advisor: Prof. Dr. Mariluci Alves Maftum.

Study performed aiming to understand how nursing professionals experience the practice of manicomial to psychosocial model mental health as highlighted by psychiatric reform. It is a thematic oral history study, developed from 2009 to 2010, at a public psychiatric hospital, in Curitiba's metropolitan area. It was performed with six nursing professionals: two nurses and four assistant nurses. Narratives were collected by means of semi-structured interview, analyzed and organized in thematic categories: 1) Entry of the nursing professionals in hospital-centered model; 2) Admission of mental disorder patient and precariousness of conditions in psychiatric hospitals; 3) Nursing assistance and practice in hospital-centered model; 4) Behavior of mental disorder patient and precarious therapeutics given in hospital-centered model; and 5) Deconstructing manicomial logic: potentialities, limitations and challenges of psychiatric reform. Contributors has told that, up to 1970, mental health assistance presented precarious conditions as lack of professional qualification in psychiatric hospitals, overcrowding, isolation established as the sole type of treatment, lack of infra-structure in the institutions and use of incipient therapeutics, which, sometimes, were used fiercely and forcibly. However, they told that in the last decades there was changes in mental disorder patient service, bringing benefits including qualification and a larger number and categories range of professionals, decreased number of persons interned at psychiatric hospitals, a new understanding on mental disorder and patients, a new way to establish a relation with the patients and therapeutic methods aiming to break with the hospital-centered model and its fierce techniques, making humanization, social reintegration, autonomy and exercise of citizenship viable. Regardless presenting the existence of changes breaking with the established knowledge and practice in manicomial context, the contributors pointed out gaps for putting the psychiatric reform in effect. There is insufficient number of extra-hospital services, there is a lack of human resources as for the number and the quality needed, and, in a very recent past, the mental disorder patient has been experimenting non assistance and ill-treatment. Taking those weakness on account, the need for managers acting towards making an appropriate number of positions available in extra-hospital treatment facilities, with appropriate care for all the users, provision of resources, as well as preparation and care of the community and family for the integration of the mental disorder patient in the society.

Key-words: Nursing. Mental Health. Assistance in Mental Health. Mental Disorders.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 DA HISTÓRIA CLÁSSICA DA LOUCURA AO MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	16
2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	28
3 METODOLOGIA.....	34
3.1 TIPO DE ESTUDO	34
3.2 LOCAL.....	35
3.3 COLABORADORES	35
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
3.5 COLETA DE DADOS.....	38
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	39
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1 O INGRESSO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO	42
4.2 A ADMISSÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E A PRECARIIDADE DAS CONDIÇÕES DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	51
4.3 A ASSISTÊNCIA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM NO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO	59
4.3.1 Medicamentos.....	66
4.3.2 Choque Cardiazólico.....	68
4.3.3 Insulinoterapia.....	70
4.3.4 Eletroconvulsoterapia.....	72
4.3.5 Cubículo ou cela forte	78
4.3.6 Praxiterapia.....	80
4.3.7 Lençol de contenção e camisa de força	83
4.3.8. Enfaixamento	86
4.3.9 Contenção no leito com faixas de algodão	88
4.4 O COMPORTAMENTO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E A PRECÁRIA TERAPÊUTICA RECEBIDA NO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO	91
4.5 DESCONSTRUINDO A LÓGICA MANICOMIAL: POTENCIALIDADES, LIMITAÇÕES E DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	97
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS.....	133
APÊNDICES.....	143
ANEXOS	207

1 INTRODUÇÃO

Na trajetória histórica da humanidade, a compreensão da loucura pela sociedade e pela ciência passou por intensas modificações, com vários significados e explicações no imaginário social. Na antiguidade, predominou uma era mágico-religiosa, com concepções acerca das possessões demoníacas, do sobrenatural e dos castigos divinos. Depois, no século XIX, surgiu a era moralista e higienista que convergia para o isolamento e intervenções terapêuticas realizadas em instituições asilares (AZEVEDO; MIRANDA; GAUDÊNCIO, 2009).

No Brasil, ao longo dos anos, a assistência psiquiátrica esteve atrelada ao tratamento basicamente restrito ao interior dos grandes hospícios, com internação prolongada e manutenção da segregação do portador de transtorno mental do espaço familiar e da sociedade (WAIDMAN; JOUCLAS; STEFANELLI, 2002). Essa forma de atendimento tinha como papel o controle dos sujeitos considerados desviantes sociais. O principal foco de atenção não era a pessoa, mas a doença. Os portadores de transtorno mental eram marginalizados e desprovidos de autonomia e independência, não sendo vistos como pessoas ativas na sua terapêutica (ANDRADE; PEDRÃO, 2005).

Foi nesse panorama, no interior do manicômio, que surgiu a enfermagem brasileira. No entanto, sua origem não tinha o objetivo de melhorar a assistência aos indivíduos internados, mas vigiar, controlar e puni-los em seus atos, de maneira a legitimar essa prática sob a égide de um conhecimento que mantém a “neutralidade científica”. Nesse modelo tradicional, inexistiam trocas sociais entre trabalhadores e usuários no atendimento, como comunicação, afetividade e acolhimento. Era impossível, por exemplo, o enfermeiro estabelecer uma relação terapêutica com os portadores de transtorno mental (OLIVEIRA; JORGE; SILVA, 2000). Estes não recebiam tratamento digno, muitas vezes eram tratados com violência e, por não serem estimulados, todas as suas potencialidades eram reduzidas até se tornarem incapazes de regressar ao convívio social (ANDRADE; PEDRÃO, 2005).

Contudo, o modelo assistencial limitado à internação em asilos manicomiais, com função segregadora, se mostrou muito mais alienador do que ressocializador e reabilitador, tendo passado a ser questionado e discutido, profundamente, a partir da década de 1970, com o surgimento do movimento da reforma psiquiátrica no país. Primeiramente formado por profissionais da área da saúde mental e posteriormente com a incorporação de usuários e familiares, o movimento se caracterizou por iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas, que visavam à transformação da relação da sociedade com os portadores de transtorno mental, da instituição e do setor psiquiátrico e das práticas estabelecidas séculos antes para lidar com esses indivíduos (MACHADO, 2005).

Assim, desde o final de 1980, significativas mudanças foram impulsionadas pelo movimento da reforma psiquiátrica. Todavia, somente em 2001 foi sancionada a Lei Federal nº. 10.216, que propõe uma assistência à saúde mental não mais fundamentada no padrão hospitalocêntrico e dispõe sobre a substituição dos hospitais psiquiátricos por outros recursos assistenciais. Essa Lei estabelece os direitos dos pacientes e limita e regulamenta as internações psiquiátricas. Ela veio substituir o Decreto nº. 24.559, promulgado em 1934, após a Constituição Federal, que norteava até então o atendimento realizado aos portadores de transtorno mental (MAFTUM; ALENCASTRE, 2002; BRASIL, 2004a; BRASIL, 1934).

Por conseguinte, as atuais políticas de saúde mental apontam para novas formas de compreender, tratar e se relacionar com o portador e com o transtorno mental. Os recentes aparatos legais contemplam a criação de novos dispositivos de atenção em saúde mental e a formação de redes de serviços territorializadas e redes de apoio (AMARANTE, 1995; BRASIL 2004b). Ganham destaque serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Hospitais Dia (HD), os leitos psiquiátricos e urgência em hospitais gerais, os ambulatorios, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), bem como as redes de apoio, que envolvem parcerias como associações de moradores, de bairros, igrejas, grupos de autoajuda, escolas e universidades (AMARANTE, 2007; BORILLE, 2008; SLUZKI, 1997).

Em decorrência dessas mudanças, há, atualmente, uma expansão dos cenários de atuação e oferta de trabalho na área da saúde mental para as

diferentes categorias profissionais da área da saúde e de outras, como pedagogo, técnico desportivo, musicoterapeuta, arteterapeuta, entre outros. Com a ampliação da equipe multiprofissional, há uma tendência em se considerar o termo trabalhador de saúde mental. Para a enfermagem, esses cenários foram ampliados ainda mais em relação a algumas categorias, haja vista que no CAPS o enfermeiro obrigatoriamente deve compor a equipe mínima (SOARES, 2007; AMARANTE, 2007; BRASIL, 2004b).

Nessa perspectiva, entra em cena o modo de atenção psicossocial, que sustenta ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas que norteiam a substituição do modelo asilar e do paradigma psiquiátrico. Esse modelo teve sua origem nas contribuições de movimentos de crítica mais radical à psiquiatria, como a Antipsiquiatria, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria Democrática Italiana e as experiências locais dos CAPS e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). De maneira geral, esses acontecimentos tinham elementos teóricos que permeavam entre as ideias sociológicas e as psicológicas, pelo Materialismo Histórico, pela Psicanálise e pela Filosofia da Diferença (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

As ações da atenção psicossocial na esfera político ideológica referem-se àquelas que trabalham em harmonia com os movimentos sociais que visam ao resgate da dignidade humana e da cidadania, de modo a ressaltar a peculiaridade da condição dos usuários dos serviços de saúde mental. A atuação teórico-técnica se relaciona com a produção de novas formas de intervenção que propiciem a edificação de novos dispositivos que trabalhem na transformação dos padrões institucionalizados e da ética em que se pautam (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

No modo da atenção psicossocial, o indivíduo é considerado uma pessoa em sofrimento psíquico, que se torna essencial no tratamento, juntamente com seus familiares e o meio social em que vive. A equipe multiprofissional deve atuar de maneira interdisciplinar em diversos serviços de saúde, com foco na reabilitação psicossocial e na reintegração sociocultural dos usuários (COSTA-ROSA, 2006). Portanto, o enfoque não deve mais estar centrado na doença, mas no sofrimento existencial do indivíduo e no seu relacionamento com o corpo social. Essa mudança na atenção à saúde mental implica que o trabalho dos profissionais deve levar em consideração o contexto

social do sujeito, especialmente da família, com vistas à sua inserção e envolvimento no tratamento do usuário (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Dessa forma, em meio a esse processo de reorganização na saúde mental, o trabalho de enfermagem ganha novos contornos. Tornam-se necessárias algumas modificações nas práticas terapêuticas, como, por exemplo, incorporar trabalhadores “atípicos” na equipe, como artistas plásticos, professores de educação física, entre outros. Do mesmo modo, a finalidade do trabalho sofre alterações, pois não se admite mais a noção de “cura”, mas de reabilitação, reinserção social, logo, os instrumentos para alcançar essa meta deixam de ser os meios coercitivos físicos e químicos e passam a ser outros que propiciem a valorização do sujeito-cidadão que sofre mentalmente (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). Ações consideradas fundamentais, inspiradas nas práticas dos profissionais, incluem: dar e prestar atenção, acolher, levar em consideração e escutar atentamente (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Assim, pode-se afirmar que o trabalho da enfermagem em saúde mental se encontra em um período de transição entre uma prática desenvolvida no âmbito hospitalar cujos objetivos eram a contenção e a vigilância do comportamento das pessoas internadas para um novo modo de cuidar interdisciplinar. Nesta nova concepção, são consideradas as contingências do sujeito envolvido em cada ocasião e, conforme o contexto em que está inserido, com vistas à superação do aspecto disciplinar, rumo à inclusão e valorização da sua autonomia como cidadão (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Um exemplo disso é um estudo realizado em 2007, em um município da região metropolitana de Curitiba, com profissionais da equipe de enfermagem de um CAPS sobre o papel que desempenham. Os sujeitos fizeram críticas sobre modos coercitivos e pouco dialógicos na assistência psiquiátrica desenvolvida por trabalhadores em geral em hospitais psiquiátricos, sobretudo, o cuidado de enfermagem no controle dos comportamentos do portador de transtorno mental mediante o uso de medicação e contenção física. Em seus relatos, os participantes da pesquisa evidenciaram que o cuidado que realizam atualmente se diferencia substancialmente daquele desenvolvido em hospitais psiquiátricos em diversos aspectos. Destacaram que a prática no ambiente do CAPS vai além das ações técnicas, o trabalhador está mais perto e com o usuário, as portas da unidade

ficam abertas e a pessoa é livre para escolher se deseja permanecer e aderir ao tratamento. Também foi ressaltada nessa modalidade a inserção do usuário no seu projeto terapêutico, a sua corresponsabilização e ação no tratamento (SOARES, 2007).

Destarte, com os cenários de dimensões de transformações paradigmáticas em saúde mental, é importante repensar o papel dos profissionais de enfermagem na prática assistencial. Sob essa ótica, nas últimas décadas, o ensino da enfermagem psiquiátrica tem sofrido modificações nas características tradicionais, ao passo que começou abranger aspectos da relação familiar, técnicas grupais e relacionamento interpessoal. Além do mais, incorporou a necessidade de ações extra-hospitalares e de promoção e prevenção em saúde mental (BARROS, 2000).

Essas tendências atuais no ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica nas escolas de enfermagem brasileiras têm sido ressaltadas em diversos estudos. Ao analisar planos de ensino de disciplinas de cursos de graduação em enfermagem com enfoque em saúde mental, Maftum (2004) identificou uma preocupação das instituições em ministrar conteúdos referentes ao relacionamento interpessoal e terapêutico, à comunicação, ao processo da reforma psiquiátrica, às modalidades terapêuticas extra-hospitalares, ao resgate da cidadania, à educação em saúde, às crises evolutivas e acidentais no ciclo vital humano e ao envolvimento da família no tratamento.

Ainda no estudo mencionado, Maftum (2004) entrevistou 19 docentes de 11 cursos de graduação em enfermagem no Paraná, tendo a maioria explicitado que o movimento da reforma psiquiátrica tem influenciado na organização do ensino de saúde mental. Os conteúdos ministrados privilegiam políticas de saúde mental, abordagens humanísticas ao portador de transtorno mental e sua família, bem como o trabalho em equipe. Os docentes enfatizaram que também ampliaram os cenários de prática e priorizam os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico como o CAPS

Durante minha trajetória como acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, tive a oportunidade de participar como voluntária por dois anos de um projeto de pesquisa, no qual juntamente com outras estudantes identifiquei a legislação de saúde mental federal brasileira, estadual e municipal e investiguei as concepções de saúde, doença mental, ser humano e os modos

de tratamentos instituídos em diferentes períodos históricos (CANABRAVA *et al.*, 2010; GUIMARÃES *et al.*, 2010). Os dados que emergiram me despertaram alguns questionamentos acerca da prática profissional dos trabalhadores de enfermagem em face dessa mudança de paradigma no atendimento ao portador de transtorno mental. Desse modo, senti-me instigada a pesquisar essa temática como mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Com base nas ponderações referidas, em meio a esse processo de transformação na atenção à saúde mental no Brasil, pautado nos princípios de desinstitucionalização, desospitalização, ressocialização e reinserção social para a garantia dos direitos de cidadania dos portadores de transtorno mental, acredito ser relevante conhecer a prática de profissionais de enfermagem que vivenciam as transformações do modelo assistencial nessa área. Portanto, emergiu a questão norteadora deste estudo: *Como profissionais de enfermagem vivenciam a prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial enfocado pela reforma psiquiátrica?*

1.1 OBJETIVO

- Apreender como os profissionais de enfermagem vivenciam a prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial enfocado pela reforma psiquiátrica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DA HISTÓRIA CLÁSSICA DA LOUCURA AO MOVIMENTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA

Na Grécia antiga, considerava-se a loucura uma manifestação divina, e a figura dos loucos estava aliada à excentricidade supersticiosa, dotada de sabedoria profética e transformadora. Nesse prisma, não havia a segregação dessa população e há registros de que eram aplicados tratamentos por meio do sono e incubação em templos, pois se acreditava que o louco teria seus sintomas reduzidos ao sonhar com Asclépio, considerado o deus dos mortais, da saúde e da medicina, bem como outros deuses (STOCKINGER, 2007).

Na Idade Média (476 a 1492), o fenômeno da loucura teve explicações voltadas para o diabólico, o não humano e ao mesmo tempo atraente. A Santa Inquisição da Igreja Católica considerou os loucos hereges e, assim, muitos foram martirizados em tribunais religiosos e até queimados em fogueiras (STOCKINGER, 2007). Também era comum no período medieval a demonstração pública de loucos enjaulados como animais (FOUCAULT, 1997).

Na maior parte das cidades da Europa, existiu, ao longo de toda a Idade Média e da Renascença, um local de detenção reservado aos insanos. Primeiramente, surgiram os lugares de peregrinação, mas em algumas cidades, como Nuremberg, eles eram alojados e mantidos nas prisões, proibidos de ter acesso às igrejas e chicoteados publicamente (FOUCAULT, 1997).

Com a origem do iluminismo no século XVII, predominaram a visão racionalista e o modelo mercantilista. A postura religiosa que até então era de repressão à loucura cedeu espaço para a segregação de marco econômico, com a criação de abrigos destinados aos indivíduos considerados improdutivos. A loucura passou a ser concebida como desrazão, atrelada a aspectos de desqualificação moral (STOCKINGER, 2007).

No século XVII, houve a criação dos hospitais gerais em toda a Europa, o internamento tornou-se a forma de neutralizar, eliminar os “a-sociais”. Até o final do século XVIII, foram internados os indivíduos devassos, filhos pródigos,

blasfemadores, libertinos, doentes venéreos, homossexuais, bem como aqueles considerados loucos, lunáticos, insanos, em demência, que perderam a razão ou de espírito alienado. Na maioria dessas instituições, as condições dos ambientes eram precárias, desumanas, sem resquícios de higiene e conforto, todos os internos ficavam misturados, somente os insanos mais agitados eram colocados em compartimentos a eles reservados. Aqueles considerados perigosos permaneciam acorrentados às paredes e às camas. Em alguns hospitais, o tratamento era realizado com sangrias, purgações, vesicatórios e banhos, em outros não existia qualquer forma de terapêutica (FOUCAULT, 1997).

Foi somente no final do século XVIII que a psiquiatria surgiu como a primeira especialidade médica. Sua origem trouxe a esperança de tratamento à população internada nos asilos e hospitais europeus daquela época. O psiquiatra que introduziu a visão clínica nessa área foi Philippe Pinel (1745-1827) (STOCKINGER, 2007).

Baseado nos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade da revolução francesa, esse médico iniciou sua grande obra de medicalização do Hospital Geral de Paris. Em 1793, ele passou a chefiar uma das unidades do Hospital Geral, o Hospital de Bicêtre, e depois prosseguiu no La Salpêtrière (AMARANTE, 2007).

Pinel escreveu o “Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania”, no qual descreveu a especialidade médica que viria a se chamar psiquiatria. Ele elaborou a primeira classificação das enfermidades mentais e consolidou o conceito de alienação mental como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva de o indivíduo perceber a realidade. Além disso, Pinel foi responsável por determinar o princípio do isolamento¹ para os alienados e instaurar o tratamento moral² (AMARANTE, 2007).

¹ Philippe Pinel propôs em Paris a liberação dos alienados das correntes e a manutenção do tratamento asilar, sob o regime do isolamento. Todavia, isto não significava a perda da liberdade, pois como se entendia que as causas da alienação mental estavam presentes no meio social, acreditava-se que o isolamento permitia afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podiam mais prejudicá-lo. O isolamento propiciava uma observação apurada do alienado para a definição do diagnóstico mais preciso e correto e o estabelecimento do tratamento moral para que a mente desregrada

Considerado o pai da psiquiatria, o nome desse médico foi dado a uma enorme quantidade de hospitais psiquiátricos em vários países, bem como passou a ser utilizado como sinônimo popular e pejorativo de “louco”. O termo “alienado” etimologicamente tem a mesma origem de alienígena, *alien*, estrangeiro, de fora do mundo e da realidade (AMARANTE, 2006).

No Brasil, durante o período colonial (1500 a 1822 – quando ocorreu a independência), o cuidado dispensado aos doentes, entre eles os portadores de transtorno mental, era realizado, principalmente, por curandeiros, inclusive sacerdotes católicos, como os jesuítas. Os médicos eram raríssimos, não havia especialistas em psiquiatria, e até mesmo cirurgiões e barbeiros licenciados eram difíceis de encontrar, a não ser em centros particulares para pessoas que possuísssem condições financeiras. Os hospitais da Irmandade da Santa Casa abrigavam os enfermos mais necessitados, os sem casa e sem recursos (MIRANDA-SÁ, 2007). Nesses estabelecimentos, os portadores de transtorno mental eram deixados nos porões insalubres e, aqueles mais agitados, eram presos ao tronco e espancados pelos guardas (BASTOS, 2007).

Em 1808, quando a corte portuguesa chegou ao Rio de Janeiro, o Brasil passou a ser reino unido, o que representou enorme *status* político. Em consequência da urbanização das grandes cidades os problemas sanitários ficaram evidenciados. Um deles tratava dos portadores de transtornos mentais, que por serem considerados inoperantes nas comunidades rurais, tornavam-se visíveis e perturbadores no meio urbano. Cuidar dessas pessoas se transformou um ônus difícil de ser suportado até pelos familiares (MIRANDA-SÁ, 2007).

Com esse cenário, o Brasil veio a se tornar o primeiro país da América Latina a fundar um grande manicômio com base nos princípios do alienismo francês (STOCKINGER, 2007). Em 18 de julho de 1841, foi promulgado o

encontrasse novamente seus objetivos e verdadeiras emoções e pensamentos (AMARANTE, 2007).

² O tratamento moral consistiu na primeira modalidade terapêutica instituída para a alienação mental. Tratava da soma de princípios e medidas, tais como regras, condutas, horários e regimentos, que impostos aos alienados, almejavam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade. Dentre as estratégias do tratamento moral, destacava-se o “trabalho terapêutico”. O trabalho assumia uma importância muito singular na sociedade em plena transição do modo de produção, quando o capitalismo ensaiava seus primeiros passos, e, por conseguinte, as atividades laborais seriam um meio de reeducação das mentes desregradas e das paixões incontroláveis (AMARANTE, 2007).

Decreto nº. 82, no qual Dom Pedro II relatou que seria fundado um hospital destinado ao tratamento de alienados (CANABRAVA *et al.*, 2010). Esse estabelecimento foi inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro com a denominação Hospício Dom Pedro II e, renomeado mais tarde, Hospício Nacional de Alienados. Ele manteve a tradição asilar de abrigar desviantes de todos os tipos, regidos sob a égide das mais diversas intervenções e arbitrariedades. Essa instituição foi durante muitos anos administrada por uma congregação religiosa e, em 1887 passou a ser dirigida por auspícios e tutela médica (STOCKINGER, 2007).

Os estatutos do Hospício Dom Pedro II foram aprovados a partir da promulgação do Decreto nº. 1.077, de 4 de dezembro de 1852, e conforme esse aparato legal, havia duas formas de admissão nesse estabelecimento, a gratuita e a pensionista. As pessoas admitidas gratuitamente eram os indigentes, os escravos de senhores sem condições de quitar a despesa do tratamento e os marinheiros de navios mercantes. Já os pensionistas consistiam nos alienados com meios de pagar pela terapêutica. De acordo com a quantia que eles podiam saldar, eram distribuídos em três classes: a 1ª propiciava um quarto separado, a 2ª abrangia um quarto para dois alienados e a 3ª correspondia às enfermarias gerais. Além disso, as duas primeiras classes possibilitavam um tratamento especial, como, por exemplo, ter uma dieta com mais opções de alimentos (BRASIL, 1853).

O médico clínico era responsável por toda direção e prescrição terapêutica. Os meios coercitivos e repressivos poderiam ser aplicados quando julgados indispensáveis ou convenientes para obrigar os alienados à obediência, entre eles destacavam-se: privação de visitas, passeios e outros recreios, diminuição de alimentos, reclusão solitária, colete de força e banhos de emborcação. Esses meios só seriam aplicados na presença do médico clínico, todavia, em sua ausência, se houvesse necessidade o primeiro Enfermeiro poderia empregá-los. Quanto à alta hospitalar, o Decreto nº. 1077/52 previa que ela seria dada para os indivíduos admitidos gratuitamente somente quando fosse obtida a cura completa. Entretanto, os pensionistas, qualquer que fosse o estado mental, poderiam receber a alta após a quitação do tratamento (BRASIL, 1853).

Dessa forma, essa norma legal demonstrou que, conforme os estratos sociais, a desigualdade no tratamento predominava dentro do ambiente psiquiátrico. No entanto, nada sustenta que essa distinção se manifestasse no ato terapêutico. Diferentes e desiguais, os alienados igualavam-se na necessidade de tratamento, mas a equidade não ia muito além disso, pois, na ocasião da alta, existiam especificidades para cada classe, o gratuito era mantido no hospício até não apresentar risco algum para a sociedade e isso na história da psiquiatria para muitos representou permanecer por toda a sua vida “internado” (MESSAS, 2008).

Posteriormente, com base na estratégia do tratamento moral aplicado aos alienados, no qual o trabalho tinha papel importante, foram criadas no mundo e no Brasil inúmeras instituições psiquiátricas, conhecidas por hospitais-colônia. As primeiras colônias de alienados brasileiras surgiram em 1890, após a proclamação da República, na Ilha do Governador, Estado do Rio de Janeiro (AMARANTE, 2006).

Em todos os cantos do território nacional, houve uma proliferação de macro-colônias de alienados. O psiquiatra Juliano Moreira, diretor da assistência psiquiátrica no país entre 1910 e 1930, foi um dos responsáveis pela criação de muitas dessas instituições (AMARANTE, 2006).

As chamadas colônias constituíram uma modalidade terapêutica que tinha como propósitos estimular o portador de transtorno mental a desenvolver atividade laboral no campo, com vistas a diminuir o ônus que o Estado tinha com ele, buscar sua cura e integrá-lo por meio de uma perspectiva agropecuária. Juntamente às colônias, Juliano Moreira propunha a criação de um sistema de atendimento hétero-familiar, que consistia na inserção de alguns pacientes nos entornos residenciais familiares próximos das colônias, com suporte central dessas mesmas colônias para casos de agudização. No entanto, esse modelo, assim como as colônias, não deu certo, pois evidenciou ineficiência por meio de altas taxas de permanência nesse sistema e ausência de projetos terapêuticos de inclusão que iam além do fazer cego e sem sentido do trabalho, com o objetivo de acalmar os pacientes (STOCKINGER, 2007).

Simultaneamente a esse período, destacou-se a postura preventivista cuja ideologia era firmada pelas linhas de ação da higiene mental e da eugenia. A primeira correspondeu a um movimento que tinha preocupação em preservar

e estimular o desenvolvimento mental normal. Ela pretendia por meio da psicoeducação diminuir a exposição das pessoas aos fatores de risco para transtornos mentais. A eugenia por sua vez estendia tal presunção a uma melhoria da raça, tanto física quanto mental. Nessa perspectiva, percebe-se que ambas as propostas tinham cunho controlador e ajustador do comportamento (STOCKINGER, 2007).

Em 1941, Aduino Botelho, psiquiatra discípulo de Juliano Moreira, assumiu a direção do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), órgão recém-criado do Ministério da Educação e Saúde. Sua administração perdurou até 1954 e se caracterizou pela expansão dos hospitais públicos. Ao final de sua gestão, houve um aumento de mais 16 mil leitos psiquiátricos no país, no entanto, a criação de novos hospitais não abrandou a situação da assistência, e nos anos 50 as instituições públicas viviam superlotadas, em total abandono. O Hospital do Juqueri, localizado em São Paulo, por exemplo, chegou a internar cerca de 13 mil pessoas (PAULIN; TURATO, 2004).

Nas décadas de 1940 e 1950, o tratamento institucional teve grande ênfase na eletroconvulsoterapia e na lobotomia (STOCKINGER, 2007). Essa primeira modalidade terapêutica surgiu em 1938 na Itália com os pesquisadores Ugo Cerletti e Lucio Bini (SADOCK; SADOCK, 2007), e consistia em provocar uma convulsão generalizada por meio da passagem de uma corrente elétrica no cérebro. Essa prática foi prontamente adotada pelas instituições psiquiátricas, por ser de fácil aplicação e ter possibilitado a substituição da convulsoterapia, que era realizada por injeções endovenosas de cardiazol. Desse modo, surgiu o período da psiquiatria conhecido como era dos eletrochoques. O uso indiscriminado desse tratamento, a despeito de suas indicações terapêuticas, o associava à punição e controle disciplinar. Apesar de a eletroconvulsoterapia ter desaparecido na Europa com o fim da segunda guerra, somente na década de 1980 ela foi abolida da rede pública de saúde mental brasileira. Mesmo assim, ela continua a ser utilizada como opção extrema no tratamento de catatonia e depressão (BRASIL, 2005a).

Com relação à lobotomia, trata-se de uma técnica cirúrgica pela qual a substância branca dos lobos temporais do cérebro é destruída, causando alteração da personalidade. Essa intervenção provoca uma deterioração cerebral irreversível. O declínio dessa prática foi determinado pelo surgimento

e progresso dos psicofármacos na década de 1950, sendo a clorpromazina o primeiro medicamento identificado. A lobotomia foi abolida no Brasil em 1955 (BRASIL, 2005a).

Ainda nos anos 50 do século XX, surgiram na Europa novas modalidades de tratamento que visavam a operacionalizar mudanças dentro do estabelecimento psiquiátrico. Com Maxwell Jones³, as discussões acerca das comunidades terapêuticas ganharam destaque. Esses serviços propostos inicialmente na Inglaterra baseavam-se no desenvolvimento de atividades de ressocialização com pequenos grupos de pacientes hospitalizados. Entretanto, essa prática não superou a posição separatista de portas fechadas da época. Outra proposta foi a psicoterapia ou análise institucional, método experimentado pela primeira vez na Clínica de La Borde na França (STOCKINGER, 2007).

Com a difusão dos fármacos psicotrópicos, a degradação da assistência psiquiátrica no Brasil poderia ser detida, pois eles transformavam os portadores de psicoses em pacientes ambulatoriais. No entanto, tal avanço implicou outra dificuldade, uma vez que o serviço público psiquiátrico se dividiu na assistência financiada pelo Estado e na mantida pela previdência social pública, que se multiplicou pela busca de lucro. Dessa forma, o portador de transtorno mental se tornou uma fonte lucrativa para empresários que viviam dessa condição (MIRANDA-SÁ, 2007).

Para enfrentar esse problema, o plano da assistência pública direta apostou na ambulatorização do tratamento. Nas décadas de 1950 e 1960, esse recurso foi ampliado⁴. Entretanto, o empenho não foi adiante porque o Estado

³ Maxwel Jones (1907-1990) foi um psiquiatra sul-africano, radicado no Reino Unido. Em 1959, ele desenvolveu no hospital psiquiátrico em que trabalhava na Inglaterra o modelo de Comunidade Terapêutica criado por Main e Reichman. Jones passou a envolver ainda mais os pacientes em seus tratamentos ao organizar “grupos de discussão” e “grupos operativos”, chamando-os a participar ativamente das atividades disponíveis. Ele entendia que todas as pessoas (técnicos, familiares e pacientes) deveriam assumir a função terapêutica. Para tanto, introduziu reuniões e assembleias diárias, nas quais todos os aspectos relacionados à instituição eram debatidos. Passou-se a entender por Comunidade Terapêutica um processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, imprimindo a todos os atores sociais um vigor terapêutico (AMARANTE, 2007).

⁴ No Paraná, o início do tratamento ambulatorial, como serviço especializado de atenção em saúde mental, ocorreu em 1944, com o médico psiquiatra do Ministério da Saúde, Arnaldo Gilberti, e foi assumido pela Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social do Estado do Paraná

Brasileiro era privatista nessa área e, por conseguinte, na assistência previdenciária, a hospitalização foi priorizada por ser mais lucrativa para quem a promovia. Esse fato se refletiu na assistência pública direta, uma vez que se tornou paradigma terapêutico para a sociedade e muitos terapeutas. Nessa época, ocorreu também a transferência de pacientes desospitalizados da rede pública para serviços de internação credenciados pela previdência (MIRANDA-SÁ, 2007).

A partir de 1964, com a instituição da ditadura militar, essa situação foi muito agravada, pois se instalou no país um regime no qual a participação popular foi totalmente negada. Naquele período, psiquiatras, psicanalistas e o governo descobriram na figura do portador de transtorno mental um manancial de lucro. Dessa forma, o número de internações por neurose em hospitais psiquiátricos, que em 1965 era de 5.186, passou em 1970 para 18.932, no ano de 1975 aumentou para 70.383, e em 1977, já estava em 200.000. Estima-se que de 1950 a 1970, a população de portadores de transtornos mentais se elevou em 213%, enquanto o crescimento da população geral no Brasil foi de 82% (SANTOS, 1994). Foi principalmente no período da ditadura militar que se consolidou a ligação entre internação asilar e privatização da assistência. Ocorreu a crescente contratação pelo Governo de leitos nas clínicas e hospitais conveniados (TENÓRIO, 2002).

Nos anos de 1960, nos Estados Unidos, o presidente John F. Kennedy aprovou um decreto que se fundamentava na Psiquiatria Preventiva de Gerald Caplan⁵ e redirecionava a política da assistência psiquiátrica. Assim, a redução

(SESB). Esse serviço se tornou em 1976 um pronto-atendimento, o Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), tinha leitos de internação 72 horas e um ambulatório. Essa foi a tentativa inicial de ordenar e regular a internação (CURITIBA, 2003).

⁵ Gerald Caplan, psiquiatra, escreveu a obra “Princípios de Psiquiatria Preventiva” em que trouxe as bases teóricas e propostas de intervenção da Psiquiatria Preventiva, também conhecida como Saúde Mental Comunitária. Esse modelo teórico foi implantado em 1963, nos Estados Unidos, pelo Presidente Kennedy, em decorrência do grande impacto de um censo realizado no país que deu visibilidade à precariedade da assistência psiquiátrica. Para Caplan, todos os transtornos mentais poderiam ser prevenidos se fossem detectados de forma precoce. Sob essa ótica, a “busca de suspeitos” consistia em um recurso importante para detectar indivíduos que poderiam desenvolver um transtorno mental para tratá-los precocemente. Caplan entendia que uma pessoa suspeita deveria ser encaminhada a um psiquiatra para investigação diagnóstica, seja por iniciativa própria, de familiares e amigos, de um profissional de assistência comunitária, de um juiz ou de um superior administrativo no trabalho. Assim, criou-se uma verdadeira caça a todo o tipo de suspeitos de desordens mentais. A Psiquiatria Preventiva assumiu uma característica de uma proposta de saúde

do número de casos de doença mental na comunidade passou a ser uma meta. Nessa perspectiva, enfatizava-se a promoção de um novo objeto de ação: a saúde mental (PAULIN; TURATO, 2004).

No início de 1970, o Brasil foi influenciado pelas propostas da psiquiatria comunitária desenvolvidas nos Estados Unidos e na Europa. Todavia, mesmo com a postura preventivista, as condições precárias da assistência psiquiátrica brasileira apresentavam níveis alarmantes. Havia mais de sete mil pessoas internadas sem cama e hospitais psiquiátricos sem especialistas. O tempo médio de permanência de casos agudos em hospitais chegava a sete meses e o índice de mortalidade de doentes crônicos nas colônias era seis vezes e meia maior que nos hospitais para doenças crônicas de outras especialidades (PAULIN; TURATO, 2004).

Durante a década de 1970, surgiram algumas iniciativas de regulamentação de medidas voltadas para a área da saúde mental; entretanto, tiveram pouco impacto diante da gravidade da situação (GOULART, 2006). Apesar desse cenário caótico na assistência psiquiátrica, nesse período houve uma inclusão de noções advindas da saúde pública e a constante introdução de outras áreas do conhecimento, como psicologia, serviço social, sociologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, artes, entre outras. Passaram a ser crescentes os questionamentos acerca das relações entre fatores causais biológicos e psicológicos, tutela e níveis de autonomia do usuário, e aspectos sociais, culturais, políticos e ideológicos e cidadania envolvidos nesse processo. Desse modo, iniciou-se a trajetória de um padrão hospitalocêntrico e

mental comunitária, pois equipes de saúde mental passaram a exercer um papel de consultores comunitários, identificando e intervindo em crises individuais, familiares e sociais. Foi no âmbito da Psiquiatria Preventiva que surgiu o conceito de desinstitucionalização, que se tornou uma das principais diretrizes das políticas de saúde mental nos Estados Unidos. Por desinstitucionalização, entendiam-se medidas de desospitalização, isto é, diminuição da admissão de pacientes em hospitais psiquiátricos, redução do tempo médio de internação e promoção de altas hospitalares. Nesse sentido, foram implantados vários extra-hospitalares. O objetivo era que o hospital caísse em desuso na medida em que os transtornos mentais diminuíssem com as ações preventivas, e que os serviços comunitários de saúde mental adquirissem maior competência e efetividade para tratar as doenças em regime extra-hospitalar. Entretanto, houve um grande aumento da demanda psiquiátrica nos Estados Unidos, não somente para os serviços extra-hospitalares, mas também para os hospitais especializados em psiquiatria: os próprios serviços comunitários se transformaram em captadores e encaminhadores de novas clientelas para os hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2007).

disciplinarista de mão única para uma interdisciplinaridade psicodinâmica que começou a dar o tom da saúde mental (STOCKINGER, 2007).

Naquela época, já havia sido iniciado na Itália o Movimento da Psiquiatria Democrática liderado por Franco Basaglia. Este psiquiatra defendia a antipsiquiatria, que se contrapunha ao ambiente hospitalar e afirmava que o hospício tinha como propósito controlar e reprimir pessoas que haviam perdido a capacidade de responder aos interesses produtivos do capitalismo e que o tratamento aplicado não passava de uma camisa de força alienante (MACHADO, 2005).

Basaglia foi responsável por comandar em Trieste e Gorizia as experiências mais importantes de superação do modelo manicomial. Ele foi o primeiro a colocar em prática a extinção dos manicômios, ao criar uma nova rede de serviços e estratégias para atender as pessoas com sofrimento mental. Além das modalidades substitutivas, foram criados ambientes de caráter social e cultural, como cooperativas laborais, ateliês de arte, centros de cultura e lazer, oficinas de geração de renda, residências assistidas, entre outros (AMARANTE, 2006).

A experiência de Basaglia se tornou referência mundial para a reformulação da assistência em saúde mental, sendo destacada em 1973 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (STOCKINGER, 2007; MACHADO, 2005). Ela foi fundamental para a aprovação da Lei italiana 180, em 1978, também conhecida como Lei Basaglia, que previa a extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outros dispositivos de cuidado e assistência (AMARANTE, 2006).

No Brasil, a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e a crítica ao modelo manicomial que emergia pelos profissionais serviram de inspiração para o início do movimento da reforma psiquiátrica. O estopim foi a crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), Departamento do Ministério da Saúde (MS), responsável pela elaboração das políticas de saúde mental. Esse órgão era formado por quatro unidades: o Centro Psiquiátrico Pedro II, o Hospital Pinel, a Colônia Juliano Moreira e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, todas localizadas no Rio de Janeiro (AMARANTE, 1995).

Os estabelecimentos da Dinsam enfrentavam muitas dificuldades, entre elas os recursos humanos que estavam defasados e antigos pela não realização de novos concursos públicos. Isso acarretou na contratação de bolsistas, categoria constituída por profissionais ou graduandos da área da saúde que atuavam como médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, e muitas vezes esses bolsistas assumiam cargos de chefia e direção. Além disso, as condições de trabalho eram precárias e chegavam a envolver ameaças e violência tanto aos funcionários quanto aos pacientes dessas instituições (AMARANTE, 1995).

O contexto que caracterizava a crise da Dinsam acabou por se agravar em 1978 com a repercussão de irregularidades em uma das instituições, o Centro Psiquiátrico Pedro II. Três médicos desse local registraram em documento oficial uma série de denúncias de violações aos direitos humanos das pessoas portadoras de transtorno mental lá internadas. Isso resultou em uma demissão em massa, que abrangeu esses médicos e mais 263 profissionais que os defenderam ou confirmaram suas denúncias (AMARANTE, 1995; AMARANTE, 2006).

Como consequência das demissões, teve origem o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que objetivava constituir um espaço de luta, debate e mobilização de profissionais da saúde, associações de classe e entidades da sociedade em geral para propor mudanças na assistência psiquiátrica. Durante o ano de 1978, esse movimento por meio de grande destaque na imprensa e por documentos produzidos fez denúncias e reivindicações acerca de aspectos salariais e regularização dos profissionais, formação e aperfeiçoamento de recursos humanos e condições de atendimento. Quanto à assistência, o movimento denunciou e reivindicou a falta de medicação, número reduzido de leitos, falta de conforto mínimo para os pacientes internados, existência de filas nos ambulatórios e prontos-socorros e precárias condições de higiene (AMARANTE, 1995).

Dessa forma, o MTSM passou a protagonizar a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia da rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico para o tratamento de portadores de transtorno mental (BRASIL, 2005b; DELGADO *et al.*, 2007).

As ações do movimento da reforma psiquiátrica começaram a ter maior visibilidade com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, no Rio de Janeiro, e com o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que ocorreu nesse mesmo ano, na cidade de Bauru (SP). A partir desse momento, foi evidenciada uma renovação ideológica do movimento, deixando claro à sociedade que não bastava humanizar os hospitais psiquiátricos, melhorar o ambiente institucional ou aumentar o número de trabalhadores. A ideia era mais ampla, a proposta visava à desinstitucionalização, trazer o “louco” de volta ao convívio social para a garantia dos seus direitos de cidadania. Inaugurava-se um novo rumo: a Luta Antimanicomial. Com esse panorama, o movimento incorporou os usuários e seus familiares (MACHADO, 2005; AMARANTE, 1995).

Ainda em 1987, surgiu uma nova modalidade assistencial, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em São Paulo e recebeu o nome do Professor Luiz da Rocha Cerqueira⁶. Esse novo dispositivo serviu como modelo para todo o país (AMARANTE, 1995).

Em 1989, ocorreu em Santos a primeira e expressiva experiência de desospitalização. Após a comprovação de uma série de denúncias de maus tratos e mortes de pacientes na Casa de Saúde Anchieta, uma clínica psiquiátrica particular, a prefeitura decidiu intervir e fechá-la. Em seu lugar foram implantados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que prestavam atendimento 24 horas por dia, sem internação. Além disso, houve a criação de oficinas de geração de renda, cooperativas de trabalho, projetos culturais de inserção social, como a Rádio e a TV Tam Tam, residências para os egressos do hospital e associações (AMARANTE, 1995; AMARANTE, 2006; MACHADO, 2005; BRASIL, 2005b).

Ainda em 1989, após o fechamento da instituição em Santos, o deputado federal Paulo Delgado, um dos líderes do Movimento Antimanicomial, apresentou o Projeto de Lei nº. 3.657 de sua autoria, que propunha a

⁶ Luiz da Rocha Cerqueira (1911-1984) foi um pioneiro da desospitalização psiquiátrica ao criar em 1973, como Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo, o Centro de Atenção Diária. Ele atuou como docente na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e escreveu vários livros, entre eles o intitulado “Psicologia Social”. Destacou-se pelo trabalho incansável de levantamentos a respeito das condições da assistência à saúde mental no Brasil e, principalmente, pela denúncia dos rumos mercantilistas da atividade psiquiátrica (BRASIL, 2005a).

substituição progressiva dos manicômios (AMARANTE, 2006; MACHADO, 2005). Esse aparato legal foi o início das lutas do movimento da reforma psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Logo após, a partir da década de 1990, passaram a ser aprovadas as primeiras leis em vários estados brasileiros e normas federais em conformidade com a construção da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2005b; DELGADO *et al.*, 2007).

As Portarias do MS nº. 189, de 19 de novembro de 1991, e nº. 224, de 29 de janeiro de 1992, tornaram-se importantes para o processo de transformação do modelo assistencial de saúde mental no país, pois mencionam, entre outras coisas, novos ambientes para o tratamento psiquiátrico, como hospitais gerais, hospitais-dia e CAPS, com equipes multidisciplinares e uma diversificação de métodos e técnicas terapêuticas (BRASIL, 2004a). Dessa forma, por meio dessas duas normas, constatou-se a oficialização inicial das primeiras e significativas mudanças legais nos modos de tratar, na ampliação de espaços, procedimentos, equipe, entre outros avanços em prol da reforma psiquiátrica (MAFTUM, 2004).

2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A Lei Federal nº. 10.216, promulgada em 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esse aparato é resultante da substituição do Projeto de Lei 3.657/1989, do deputado Paulo Delgado, que tramitou por 12 anos e sofreu muitos vetos no Congresso, porém é considerada a concretização legal da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004a).

Os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental estabelecidos na lei supracitada compreendem: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; ser tratada com humanidade, respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, com vistas à sua recuperação pela inserção no meio familiar, laboral e comunitário; ser protegida de abusos e exploração; ter garantia de sigilo; ter direito à presença médica em qualquer momento; receber informações; ter acesso aos meios de comunicação; ser tratada pelos meios menos invasivos possíveis; e ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2004a).

A Lei nº. 10.216 não prevê a extinção dos hospitais psiquiátricos, entretanto, proíbe a internação em instituições com características asilares e estabelece que o internamento em ambiente hospitalar especializado em psiquiatria só será recomendado quando os serviços extra-hospitalares forem insuficientes (BRASIL, 2004a).

Sustentados na concepção das recentes políticas de saúde mental, com a inclusão de novas modalidades assistenciais, os CAPS são considerados dispositivos que viabilizam a substituição do modelo hospitalocêntrico e constituem o principal componente estratégico do processo de reforma psiquiátrica no país. Eles são destinados a diminuir a lacuna assistencial ainda existente no atendimento de pessoas com transtornos mentais graves (BRASIL, 2004b). Atualmente, o aparato legal que amplia e define os parâmetros para a rede desses serviços é a Portaria nº. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004a).

O CAPS corresponde a um serviço de atendimento de saúde mental aberto, integrado na rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Trata-se de um estabelecimento de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, em que a severidade e persistência justifiquem a permanência num ambiente de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004b).

O objetivo do CAPS é proporcionar atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários. Deve propiciar o acesso ao trabalho, educação, esporte, cultura, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004b).

Os recursos terapêuticos dispensados pelo CAPS abrangem o atendimento individual, por meio de medicamentos, psicoterapia e orientação; as atividades grupais, que se referem às oficinas, que podem ser expressivas, geradoras de rendas, culturais, de alfabetização, bem como grupos de leitura e debate, esporte, entre outras atividades; o atendimento para a família, que pode ser individualizado ou em grupos, compreende visitas domiciliares, práticas de ensino, lazer; além das assembleias ou reuniões de organização do serviço, que se tornam instrumentos importantes para efetivo funcionamento do CAPS como um lugar de convivência (BRASIL, 2004b).

São previstas na Portaria nº. 336/2002 cinco modalidades de CAPS (CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSi e CAPSad), que se caracterizam conforme porte, complexidade, abrangência populacional e especificidade da demanda. Os CAPS I, II e III têm, respectivamente, capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, entre 70.000 e 200.000 habitantes e acima de 200.000 habitantes. O CAPSi é especificamente para o atendimento de crianças e adolescentes em cidades com mais de 200.000 habitantes e o CAPSad atende usuários abusivos de álcool e drogas em municípios com população acima de 100.000 habitantes. Cada tipo de serviço tem suas peculiaridades referentes a dias de funcionamento, turnos, número de refeições disponibilizadas, quantidade e formação dos profissionais, atividades terapêuticas desenvolvidas, entre outras (BRASIL, 2004b).

Cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual e as atividades desenvolvidas devem estar de acordo com suas necessidades reais. O CAPS poderá oferecer atendimento intensivo, semi-intensivo ou não-intensivo. O intensivo é diário, reservado para as pessoas com grave sofrimento psíquico, que estão em crise ou com grandes problemas na convivência social e familiar. Na modalidade semi-intensiva, o usuário é atendido até 12 dias no mês. Nessa fase, o sofrimento e a desestruturação da pessoa diminuíram, mas ela ainda precisa de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Por último, na modalidade não-intensiva, a pessoa é atendida até três dias no mês, pois ela já não precisa de um suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e no trabalho (BRASIL, 2004b).

Referente ao tempo de permanência dos usuários no atendimento dos CAPS, ele varia conforme o comprometimento psíquico, o projeto terapêutico elaborado e a rede de apoio familiar e social estabelecida. É essencial o papel da equipe técnica para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. O processo de reinserção social, familiar e comunitária, que possibilita a autonomia, deve ser preparado com atenção para ocorrer de maneira gradativa. Nessa linha de pensamento, é importante ressaltar que o CAPS precisa estar inserido em uma rede articulada de serviços e

organizações que se propõem a oferecer um continuum de cuidados (BRASIL, 2004b).

Outra estratégia que está presente nas diretrizes de superação do modelo de atenção em saúde mental centrado no ambiente hospitalar é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou residência terapêutica. Esse dispositivo foi introduzido no SUS a partir da promulgação da Portaria nº. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Trata-se de uma alternativa de moradia para o grande contingente de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos por longa permanência, que não possuem suporte adequado na comunidade, apoio social e laços familiares suficientes para garantir espaço apropriado de moradia (BRASIL, 2004c).

O SRT consiste em casas localizadas no espaço urbano para pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não (BRASIL, 2004c). Cada residência deve ter no máximo oito usuários. Os cômodos são divididos como em uma casa normal. A mobília compreende cama e armário nos quartos, equipamentos necessários de copa e cozinha, tais como geladeira, fogão, filtros e armários, e móveis para conforto e boa comodidade dos usuários na sala. As refeições devem ser divididas no mínimo, em café da manhã, almoço e jantar (BRASIL, 2004a).

Tais residências constituem espaços de viver, que estão articulados com a rede de atenção psicossocial de cada município. Nesse sentido, elas deverão contar com suporte profissional e de caráter interdisciplinar, como CAPS de referência, equipe da atenção básica ou outros profissionais. As necessidades individuais de cada morador devem ser levadas em conta. O processo de reabilitação psicossocial deve enfatizar a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade (BRASIL, 2004c).

Existem dois tipos de SRT, o SRT I e o SRT II. Na primeira modalidade, o suporte visa a inserir os usuários na rede social existente, por exemplo, por meio de trabalho, lazer e educação. O acompanhamento dos moradores é realizado segundo os programas terapêuticos individualizados. Deve haver o auxílio de um cuidador, que é uma pessoa capacitada para o apoio aos usuários. Ela pode ser um profissional do CAPS, do Programa Saúde da Família, de uma instituição que faça esse cuidado específico ou até

mesmo de SRTs que contratam um trabalhador doméstico de carteira assinada, com recursos do Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2004c).

O SRT II é destinado a indivíduos que necessitam de cuidados intensivos, com monitoração técnica diária e pessoal auxiliar permanente na residência. Em geral, essa modalidade é a casa dos cuidados substitutivos familiares de uma população hospitalizada, muitas vezes, por uma vida inteira. O suporte visa à reapropriação do espaço residencial como moradia, e a inclusão dessas pessoas na rede social (BRASIL, 2004c).

Como os SRTs constituem uma estratégia substitutiva da longa institucionalização psiquiátrica, quando houver transferência de paciente do hospital psiquiátrico para residência terapêutica, deverá haver a diminuição do mesmo número de leitos no hospital de origem. Assim, o financiamento do leito desativado originário da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) deverá ser realocado nos tetos orçamentários do estado ou município responsável pela assistência ao paciente. Para cada SRT implementado, o MS repassa a ele R\$ 10.000,00 (dez mil reais) destinados a pequenos reparos no imóvel, equipar a casa com móveis, eletrodomésticos e utensílios. Para o custeio mensal, são utilizados os recursos originários das AIHs (BRASIL, 2004c).

Outra modalidade assistencial incluída nas atuais políticas de saúde mental é o hospital-dia (HD). Este serviço consiste em um recurso intermediário entre internação e ambulatório, no qual são desenvolvidos programas de cuidados intensivos por equipe multiprofissional em carga horária parcial diária. O HD passou a figurar oficialmente no atendimento em saúde mental a partir de 1992, mediante a Portaria do MS nº. 224/1992 (BRASIL, 2004a).

Na perspectiva da reforma psiquiátrica, surge o modo de atenção psicossocial, que orienta mudanças na área da saúde mental em quatro dimensões: teórico-assistencial ou teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural (AMARANTE, 2003; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

No campo teórico-assistencial ou teórico-conceitual, as transformações operam no sentido de refletir e desconstruir conceitos e práticas sustentadas historicamente no que diz respeito à doença mental, como, por exemplo, alienação, isolamento terapêutico e tratamento moral (AMARANTE, 2003; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). São impulsionadas mudanças

paradigmáticas que condizem com a reforma psiquiátrica, ao fazer questionamentos da relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Nesse contexto, têm sido construídos noções e conceitos como existência-sofrimento, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse prisma, se expressa a exigência de dar ao usuário a cena (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Na dimensão técnico-assistencial, progressos têm sido estabelecidos a partir da construção de uma rede de novos serviços, que consistem em espaços de sociabilidade, de trocas, nos quais se ressalta a produção de saúde como desenvolvimento de subjetividades. Nesse sentido, coloca-se a doença entre parênteses e o contato com o usuário é propiciado, visando a romper com as práticas disciplinares. Também se enfatiza o conceito de território, em que os novos serviços devem atender à demanda conforme sua área de abrangência (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

O campo jurídico-político envolve aspectos decorrentes do paradigma da loucura pautada em periculosidade, irracionalidade, incapacidade e irresponsabilidade civil. Nessa ótica, são rediscutidas e redefinidas as relações sociais e civis, no que se refere à cidadania e aos direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003). Luta-se pela substituição dos manicômios por instituições abertas e pela revisão da legislação sanitária, civil e penal direcionada à doença mental. Entre as aquisições nesse campo, destacam-se as várias leis estaduais e municipais, a atual lei federal de saúde mental e as diversas normas que oficializam e trazem diretrizes acerca dos novos dispositivos de atenção em saúde mental (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Já a dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da reforma psiquiátrica que é transformar a concepção da loucura no imaginário social. Assim, são desenvolvidas práticas que guiam um processo de mudança acerca da imagem da doença mental, do seu portador, da institucionalização e da relação dos usuários e a população (AMARANTE, 2003; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de história oral temática. A história oral é um recurso moderno, essencialmente qualitativo, que contribui na elaboração de estudos relativos à experiência social individual e coletiva. Ela trata de uma prática de apreensão de narrativas, por meio do uso de meios eletrônicos, como gravadores, o que garante um significado primordial aos indivíduos que vivem um processo social (MEIHY; HOLANDA, 2007).

São apontadas cinco possibilidades para qualificar a história oral: ferramenta, técnica, método, forma de saber e disciplina. Como método, modalidade em que é utilizada neste estudo, a história oral centraliza os testemunhos como ponto fundamental, privilegiado, básico das análises. Desse modo, implica a formulação das entrevistas que é sempre um processo dialógico, como o epicentro da investigação. Ela é realizada na conjunção de dois elementos que se completam, o entrevistador e o entrevistado, que devem se reconhecer como colaboradores (MEIHY; HOLANDA, 2007).

Segundo Meihy e Holanda (2007), existem basicamente três tipos de história oral: história oral de vida, história oral temática e tradição oral. Neste estudo, utilizou-se a história oral temática que trata de uma forma dialógica de promover discussões acerca de um assunto central definido, assim, se torna uma forma de busca por esclarecimentos de situações conflitantes, polêmicas, contraditórias.

Como os estudos temáticos são focados em um tema, mesmo ao abrigar aspectos de subjetividade, eles são passíveis de confrontos que se regulam a partir de datas, fatos, nomes e situações. Nesse sentido, esses trabalhos têm sempre natureza de caráter social, e as entrevistas não são sustentadas sozinhas ou em versões únicas, pois faz parte a confrontação das ideias firmadas (MEIHY; HOLANDA, 2007).

Para desenvolver esse tipo de estudo, é importante que o colaborador que realiza a entrevista favoreça a apresentação de argumentos pelo

colaborador que responde aos estímulos dados. Para isso, o entrevistador deve se preparar antecipadamente a respeito do assunto que será abordado. Quanto mais subsídios ele tiver previamente, mais interessantes e profundos podem ser seus questionamentos. O conhecimento de versões opostas, pormenores menos revelados e até a imaginação de situações que merecem ser discutidas é parte do preparo de roteiros para a investigação (MEIHY; HOLANDA, 2007).

Outro elemento essencial na história oral temática é a escolha dos colaboradores, pois o teor testemunhal exige a qualificação de quem se entrevista. Mesmo ao considerar que esse tipo de trabalho é a narrativa de um fato, o que se pretende é buscar a variante considerada legítima de quem presenciou um acontecimento ou que pelo menos dele tenha alguma versão discutível ou contestatória, para que as respostas dadas às perguntas sejam pertinentes aos fatos elencados como temas (MEIHY; HOLANDA, 2007).

3.2 LOCAL

Esta pesquisa foi desenvolvida em um hospital especializado em psiquiatria, localizado na região metropolitana de Curitiba, da rede pública do Estado do Paraná. A instituição atende exclusivamente usuários do SUS, portadores de transtornos mentais e/ou dependentes de álcool e outras drogas.

Atualmente o hospital possui 240 leitos, sendo 160 ativos. Destes, 35 são destinados à unidade de reabilitação de adictos masculina; 102 às unidades masculinas e femininas para pessoas em quadro agudo de transtornos mentais; e 23 aos usuários com transtornos mentais de longa permanência, sem vínculo familiar, que estão internados por um período que varia de 8 a 30 anos, dos quais 13 são do sexo masculino e 10 do sexo feminino.

3.3 COLABORADORES

Um dos passos cruciais que explicita o “como fazer” história oral é o adequado estabelecimento do quadro de colaboradores a serem entrevistados.

Essa etapa se dá por meio da determinação da comunidade de destino, seguida da formulação de colônia e do estabelecimento de rede (MEIHY; HOLANDA, 2007).

A comunidade de destino está relacionada a efeitos de base material, que marcam a vivência de um grupo em um lugar físico e cultural, ou fundamento psicológico que diz respeito às experiências de cunho moral, os quais marcam a união de pessoas por meio de dramas comuns, vividos com intensidade e consequências relevantes, que impõem mudanças na vida grupal. Assim, a partir de uma postura comum de uma memória coletiva filtrada pelo evento se forma uma comunidade de destino (MEIHY; HOLANDA, 2007). *Neste estudo, a comunidade de destino foi representada por todos os profissionais de enfermagem que vivenciam a prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial enfocado pela reforma psiquiátrica.*

A colônia corresponde ao fragmento substantivo, à fração representativa, à primeira divisão da comunidade de destino, é a parte dividida para facilitar o entendimento do todo pretendido e conduzir o estudo, fazendo-o viável. Contudo, é imprescindível que o parcelamento em colônia conserve características peculiares que justifiquem a parcela e mantenha os elos comuns ao grande grupo (MEIHY; HOLANDA, 2007). *A colônia determinada neste estudo correspondeu aos profissionais de enfermagem que vivenciam a prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial enfocado pela reforma psiquiátrica residente em Curitiba e região metropolitana.*

A rede é uma subdivisão da colônia e deve ser plural, pois as diferenças internas dos grupos possibilitam identificar as diversidades que justificam os variados comportamentos dentro do mesmo plano (MEIHY; HOLANDA, 2007). Neste estudo, as redes definidas foram: *enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que vivenciam a prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial enfocado pela reforma psiquiátrica e que trabalham em um hospital psiquiátrico da região metropolitana de Curitiba.*

No que diz respeito ao número de colaboradores entrevistados, a história oral normalmente tem sido explorada em seu aspecto mais diminuto, devido às dificuldades de trabalhar com elevadas quantidades de entrevistas (MEIHY; HOLANDA, 2007). Além disso, como as investigações qualitativas

objetivam a compreensão profunda do objeto de pesquisa e não a sua generalização, elas não têm a preocupação com o tamanho da amostra (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Portanto, devido à quantidade de material oriundo das narrativas, optou-se por encerrar as entrevistas em seis colaboradores.

Como a pesquisa visou a apreender como os participantes vivenciam a prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial, era fundamental que eles tivessem vivenciado a assistência nessa área antes e depois da reforma psiquiátrica. Nessa perspectiva, optou-se por trabalhar com o recorte temporal 1993-2010. Isso porque em 1993 foi inaugurado o primeiro CAPS no Paraná, localizado na cidade de Curitiba.

Os CAPS são dispositivos substitutivos preconizados pela reforma psiquiátrica brasileira, ao hospital psiquiátrico. Dessa forma, os participantes deveriam ter vivenciado a assistência em saúde mental pelo menos desde esse período. Anteriormente a 1993, já tinham sido presenciadas algumas mudanças na assistência em saúde mental em vários estados brasileiros, mas para este estudo o marco que delimitou o recorte temporal foi a criação do primeiro CAPS no Paraná.

Ressalta-se que os colaboradores que participaram deste estudo foram dois enfermeiros e quatro auxiliares de enfermagem que atenderam ao critério de inclusão. Não houve nenhum técnico de enfermagem que se enquadrasse no que foi referido anteriormente.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados todos os requisitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos. Foi solicitada a permissão para a efetivação da pesquisa nas instituições envolvidas e a assinatura de cada colaborador, após todas as elucidações acerca da pesquisa, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), elaborado segundo as recomendações da Resolução do MS nº. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996).

Os esclarecimentos aos colaboradores incluíram: explicação completa e pormenorizada acerca da pesquisa, com abrangência da natureza do estudo,

do objetivo e da metodologia utilizada, bem como informações quanto à não implicação em ônus e remuneração de qualquer espécie, à garantia ao sigilo e anonimato das informações, à segurança em ter livre acesso aos dados e ao produto final, ao direito à participação voluntária e à desistência em qualquer momento do estudo, caso se sentissem afetados.

A coleta de dados foi realizada após o esclarecimento aos participantes quanto aos detalhes da pesquisa e o aceite em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do MS (BRASIL, 1996). Foram respeitadas a disponibilidade dos entrevistados e sua preferência de local para a coleta de dados.

Também foi solicitada aos colaboradores a assinatura da Carta de Autorização e Uso das Entrevistas (ANEXO B), proposta por Meihy e Holanda (2007). Conforme esses autores, esse documento é uma carta de cessão para definir a legalidade do uso da entrevista, que pode remeter tanto à gravação quanto ao texto final, que será produzido.

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior denominada “O contexto histórico, social e político em saúde mental no Brasil, Paraná e Curitiba: da sua organização até a atualidade” e que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde (UFPR), em reunião do dia 12 de novembro de 2009, Inscrição CEP/SD: 822.157.09.10; CAAE 4187.0.000.091-09 (ANEXO C).

3.5 COLETA DE DADOS

Na história oral temática, a elaboração de um instrumento com questionamentos a serem feitos ao colaborador entrevistado é essencial para a aquisição dos detalhes que se pretende investigar (MEIHY; HOLANDA, 2007). Desse modo, nesta pesquisa, os dados foram obtidos mediante entrevista semiestruturada, armazenada em gravador digital (ANEXO D), composta de dados de identificação dos participantes, dados laborais e a questão aberta: Relate como você vivencia a prática em saúde mental desde quando a iniciou até o momento presente em que ocorre a implementação da reforma psiquiátrica.

Para o desenvolvimento das entrevistas, seguiu-se o recomendado por Meihy e Holanda (2007), que enfatizam que na história oral um dos pontos cruciais é determinar de onde ou por quem começar, sendo a entrevista inicial denominada de ponto zero. A questão para iniciar a primeira entrevista é escolhida intencionalmente e é nessa fase que são extraídas as perguntas específicas que favorecem a sequência das demais. A indicação de continuidade das redes é preferencialmente derivada da entrevista anterior, ou seja, em cada entrevista o colaborador deverá indicar alguém que comporá a rede.

Optou-se por utilizar como ponto zero o profissional que trabalhava na área de enfermagem há mais tempo na instituição cenário do estudo. No entanto, como ele ainda atuava como atendente de enfermagem e não se encaixava nos níveis de formação de enfermagem utilizados neste estudo, sua entrevista não foi descrita no decorrer deste trabalho. Contudo, ele indicou outro profissional que aceitou participar como colaborador, sendo essa prática repetida até que o pesquisador se decidiu por encerrar a quantidade de entrevistas em decorrência da grande quantidade de narrativas que já possuía.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise das narrativas, é preciso antes realizar a transposição do oral para o escrito, trabalho constituído por três fases: **transcrição**, **textualização** e **transcrição** (MEIHY; HOLANDA, 2007).

Na **transcrição** da gravação, as falas são escritas da maneira exata como foram relatadas, perguntas, respostas, repetições, erros, palavras sem peso semântico e ruídos são todos registrados. Na **textualização**, o texto é deixado mais claro, são retiradas as indagações, erros gramaticais e sons. Além disso, nessa fase, identifica-se o “tom vital” da narrativa, uma frase guia para requalificar a entrevista segundo sua essência, é ela que indica o que pode ser eliminado ou não da escrita. A **transcrição** é o texto finalizado (APÊNDICE A), que nos aproxima do sentido e da intenção original que o colaborador quer comunicar, sendo por ele validado e autorizado (MEIHY; HOLANDA, 2007). Para cumprir essa etapa, após a transcrição de cada

entrevista, os textos finais foram apresentados aos seus respectivos colaboradores e autorizados por todos para serem utilizados nesta pesquisa.

Após a transcrição, as entrevistas podem ser analisadas e, conforme Meihy e Holanda (2007), um dos graves erros na análise é confundi-la com resumo ou fragmento. Sintetizar não é um processo analítico e, além disso, na história oral as narrativas isoladas não dão sustentação. A dimensão social se dá na medida em que os pontos de intercessão das diversas entrevistas emergem.

Neste estudo, após a realização da transcrição, textualização e transcrição, a análise ocorreu com base na classificação dos dados e na análise final proposta por Minayo (2004). A fase de classificação dos dados consistiu em várias etapas. Inicialmente foi realizada a leitura exaustiva e repetida dos textos, o que possibilitou apreender as ideias centrais transmitidas pelos profissionais de enfermagem sobre como eles vivenciam a prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial. Isso permitiu estabelecer de forma processual as categorias temáticas mais relevantes. Na análise final, busca-se estabelecer um movimento entre o empírico e o teórico, o concreto e o abstrato, o particular e o geral. Dessa forma, nessa etapa, que consta no item a seguir, articularam-se os resultados obtidos das entrevistas com a discussão fundamentada na literatura.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo (Quadro 1) seis profissionais de enfermagem: dois enfermeiros e quatro auxiliares.

CÓDIGO	SEXO	IDADE	NÍVEL PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM	TEMPO DE FORMAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO NA SAÚDE MENTAL		
					Atual instituição	Outras instituições	Total
C1	M	56 anos	Enfermeiro	12 anos	21 anos	8 anos	29 anos*
C2	F	46 anos	Enfermeira	23 anos	21 anos	-	21 anos
C3	M	49 anos	Auxiliar de Enfermagem	18 anos	29 anos	7 anos	29 anos*
C4	M	49 anos	Auxiliar de Enfermagem	18 anos	29 anos	-	29 anos
C5	F	58 anos	Auxiliar de Enfermagem	18 anos	35 anos	-	35 anos
C6	M	62 anos	Auxiliar de Enfermagem	11 anos	31 anos	30 anos	44 anos*

* Colaboradores que trabalharam concomitantemente em mais de uma instituição

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES QUANTO AO SEXO, IDADE, NÍVEL PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM, TEMPO DE FORMAÇÃO E TEMPO DE ATUAÇÃO NA SAÚDE MENTAL

FONTE: A autora (2011).

Quanto ao gênero, dois dos colaboradores são do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com faixa etária entre 46 e 62 anos. O fato de o maior número de participantes terem sido homens pode ser relacionado com a história da profissão nessa área específica em que se evidencia a presença de mais profissionais do sexo masculino na equipe de enfermagem psiquiátrica, com acentuada disparidade em relação à enfermagem generalista, predominantemente feminina (LOYOLA, 2008).

A inversão da ordem da feminização na enfermagem psiquiátrica com o frequente recrutamento de homens se deu devido ao porte seu físico, que em nada lembrava a figura idealizada de enfermeiras como anjos de branco. Pode-se pensar que a entrada de mulheres para prestar assistência dentro de estabelecimentos psiquiátricos foi mais por falta de opção do que vocação. Até o início do século XX, enfermeiras psiquiátricas eram consideradas párias, com

status diminuto, baixa remuneração e condições de trabalho adversas (LOYOLA, 2008).

No quadro de colaboradores deste estudo, o tempo de atuação na área da saúde mental variou de 21 a 44 anos com uma média de 31 anos. Nota-se que o tempo de formação dos auxiliares de enfermagem nesta categoria profissional é inferior ao tempo em que atuam na saúde mental. Isso se dá porque quando esses profissionais ingressaram na instituição psiquiátrica, eles ocupavam outros cargos, como o de atendente de enfermagem ou cargos em serviços não relacionados à assistência direta ao paciente.

Atualmente, o enfermeiro, o técnico e o auxiliar são definidos legalmente como profissionais de enfermagem de acordo com o nível de formação. Aos atendentes, foi exigida a partir do ano de 1986, com a promulgação da Lei nº. 7.498, de 25 de junho, que regulamenta o exercício dos profissionais de enfermagem no Brasil, a formação em um dos níveis da categoria. Todavia, apesar de os profissionais de enfermagem passarem por essa formação e a situação de maus-tratos aos portadores de transtornos mentais na área ter sido em grande parte revertida, ainda subsistem fragilidades (ROCHA, 1994; BRASIL, 1986).

As narrativas dos colaboradores foram agrupadas em seis categorias temáticas: 1) O ingresso de profissionais de enfermagem no modelo hospitalocêntrico; 2) A admissão do portador de transtorno mental e a precariedade das condições dos hospitais psiquiátricos; 3) A assistência psiquiátrica e a prática da enfermagem no modelo hospitalocêntrico; 4) O comportamento do portador de transtorno mental e a precária terapêutica recebida no modelo hospitalocêntrico; e 5) Desconstruindo a lógica manicomial: potencialidades, limitações e desafios da reforma psiquiátrica.

4.1 O INGRESSO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO

Os colaboradores contaram sua trajetória de atuação profissional ao discorrerem, inicialmente, sobre os seus interesses e como ocorreu o seu ingresso na área da saúde mental, aspectos referentes à qualificação e

sentimentos que afloraram quando se depararam com a realidade da assistência e das condições às quais eram submetidos os internos. Os sentimentos de medo e piedade e a vontade de sair do emprego estavam comumente presentes.

As narrativas demonstraram que outrora para trabalhar no hospital psiquiátrico não era necessária nenhuma formação, os funcionários iniciavam suas atividades na enfermagem antes mesmo de terem qualquer preparo específico. Em alguns casos, as pessoas começavam a desempenhar funções em setores como o de manutenção e o de vigilância, posteriormente fazia o curso de atendente de enfermagem e passava a prestar cuidado direto ao indivíduo institucionalizado. Havia, porém, situações em que os trabalhadores desde o princípio exerciam assistência nas enfermarias, assim aprendiam por meio da observação e do ensino de colegas e médicos. Usualmente, acontecia de diversos membros de uma família terem uma ocupação no hospital.

“Quando criança, eu vim com minha família de [nome de um município do Paraná] para cá. Nós morávamos em uma daquelas casinhas de madeira que tem ali do lado do hospital. Logo que chegamos aqui, meu pai conseguiu serviço na parte de construção do hospital. Ele me trazia para cá juntamente com meus irmãos. Depois ele se tornou guardião e em seguida passou a trabalhar na enfermagem. Ele não tinha curso para isso, entrou sem nada mesmo. Minha mãe também começou a trabalhar na enfermagem, igualmente sem curso. Comecei a trabalhar no hospital em 1981. Tinha aberto vaga para vários serviços, aí vim dar uma olhada. Na metade do primeiro dia de trabalho, eu já queria ir embora. Eram muitos pacientes, a assistência era precária, era péssimo, era horrível. Tive um pouco de medo, um pouco de dó, um pouco de tudo. Mas, como minha mãe trabalhava aqui e eu precisava ajudar em casa, acabei ficando. Iniciei como servente. Posteriormente, realizei o curso de atendente de enfermagem e passei a trabalhar nessa área. Mais tarde, fiz o curso de auxiliar de enfermagem. [...]. Antigamente não tinha preparo para atuar na assistência de enfermagem. Aprendia aqui mesmo. Pegava os pacientes e ia treinando. Antes era só banho, alimentação e medicação, não tinha mais nada.” (C3)

“Eu morava em [nome de um município do Paraná] em um sítio com minha família quando meu pai ficou doente e após cinco anos veio a falecer. Minha mãe vendeu tudo o que tínhamos para cobrir as despesas com serviços de saúde. Acabamos nos mudando para Curitiba, o dono do Hospital [nome de um hospital psiquiátrico privado] tinha um grau de parentesco com minha família e nos ajudou. [...] meu irmão mais velho, que tinha 20 anos começou a trabalhar nesse hospital no setor de manutenção. [...]. Quando o meu segundo irmão atingiu a maioridade, ele também foi trabalhar naquele hospital e quando eu completei 18, em 1965, o Dr. [nome do dono do hospital psiquiátrico privado] do mesmo modo queria que eu fosse, eu não queria, tinha medo. Além disso, o salário mínimo do hospital era muito baixo, 74 contos de réis. Naquele tempo, eu trabalhava de saqueiro no café, tirava 22 e 500 por semana, trabalhava por produção, então era um bom salário. Daí pra ir ganhar 74 contos de réis! Mas ele insistiu me tirou do café e fui trabalhar na manutenção do hospital, pois eu sabia atuar de pedreiro. Como meu irmão fazia de tudo na manutenção, me ensinou a fazer a parte de elétrica e hidráulica. Fiquei um ano trabalhando nessa área. Depois o Dr. [nome do dono do hospital psiquiátrico privado] nos obrigou a fazer o curso de atendente de enfermagem clínico e psiquiátrico no Senac e eu fiz. [...]. Mas eu não queria passar para a enfermagem porque eu tinha medo, mas passei, gostei e fui ficando. Comecei a trabalhar na assistência psiquiátrica em 1966 [...].” (C6)

“A minha família veio da Itália e comprou alguns terrenos perto daqui, do hospital. [...]. Meu pai e meus tios trabalharam na construção desse hospital. Por isso eu vinha muito aqui com meu pai, trazia comida para ele. Com o passar do tempo, fui despertando o interesse em também trabalhar no hospital, mas meu pai era contra, não gostava dessa ideia. Italiano não quer que a filha trabalhe, aquela coisa. Mesmo assim, como minha vontade era grande, eu conversei com uma amiga que trabalhava no RH do hospital e prontamente comecei a trabalhar. Entrei em 1975, eu não tinha nenhuma formação. Inicialmente fui auxiliar do serviço social. Logo me interessei pela enfermagem e realizei um curso de atendente de enfermagem, com duração de quase um ano. Então saí do serviço social e passei a trabalhar na enfermagem. Mais tarde fiz o curso de auxiliar de enfermagem na [nome da escola].” (C5)

“Antigamente os profissionais eram contratados pelo hospital. Meu pai trabalhava aqui, ele começou a trabalhar sem ter feito um curso de enfermagem e sem ter experiência na área. Posteriormente é que começaram a acontecer os concursos. Eu era atendente de enfermagem quando comecei a trabalhar em 1981, fiz o concurso para entrar”. (C4)

“Comecei a trabalhar na enfermagem como atendente de enfermagem em hospital clínico no ano de 1973. Eu trabalhei no [nome de um hospital geral] e no [nome de outro hospital geral] por muitos anos. Quando entrei na área da psiquiatria, em 1981, eu era auxiliar de enfermagem. Não fui para a psiquiatria por opção profissional, porque eu gostava, fui porque eu ia trabalhar no [nome de um hospital geral] e o pessoal de lá me mandou para o [nome de um hospital psiquiátrico]. Com o tempo me acostumei com essa área e acabei ficando. Depois, quando comecei a faculdade de enfermagem, eu entrei aqui [refere-se ao hospital psiquiátrico, campo deste estudo] e também trabalhei por um tempo no CPM. [...] nós tivemos um grande problema no passado [...] é a questão de como os funcionários mais antigos do hospital ingressaram na enfermagem. [...]. Nós tivemos, por exemplo, funcionário que trabalhou na construção desse hospital, que era pedreiro, servente, trabalhava na lavanderia, e que veio trabalhar na enfermagem. O sujeito que trabalhava aqui trazia o irmão, aí trazia o primo, trazia até a família toda. Tivemos um funcionário que conhecia o prontuário pela cor, ele não sabia nem ler o nome da paciente no prontuário. [...] houve época que 70% dos funcionários daqui não possuíam nenhum curso de enfermagem.” (C1)

“Comecei a trabalhar aqui no [hospital campo deste estudo] há 21 anos, eu era recém-formada e tinha passado no concurso. Logo que entrei, eu queria ir embora. Assumi a vaga porque me falaram que não iam abrir vagas em outro local enquanto não viesse um enfermeiro pra cá, pois o hospital tinha uma única enfermeira, e ela precisava sair de férias. A minha intenção era ficar somente dois anos, tempo necessário para poder pedir transferência [...]”. (C2)

A perspectiva histórica da área da saúde mental, até o final das décadas do século XX, denominada quase que exclusivamente de psiquiátrica, mostra que os avanços acerca do modo como ocorriam o ingresso, a formação e a capacitação de profissionais de enfermagem na assistência ocorreram de forma vagarosa (LOYOLA, 2008). Desde a metade do século XIX, a natureza do trabalho no ambiente manicomial era bem distinta do hospital geral. Os hospícios proviam mais custódia do que tratamento e cuidado. Tratava-se de instituições custodiais conduzidas por uma legislação que se preocupava apenas em excluir os portadores de transtornos mentais da sociedade, e assim os confinavam, a baixo custo, em arredores seguros e afastados (LOYOLA, 2008).

A questão da localidade dos hospitais psiquiátricos, de que eles eram retirados das cidades, é exemplificada na fala do colaborador C3, quando mencionou que morava “em uma daquelas casinhas de madeira que tem ali do lado do hospital”. Na época em que essas instituições eram construídas, a existência de transportes até esses estabelecimentos eram incipientes e, por isso, eram providas de residências próximas aos hospitais psiquiátricos para que os trabalhadores morassem por perto. Essa prática era extensiva a todas as categorias profissionais.

Para o bom funcionamento dos hospitais psiquiátricos, era fundamental a existência de enfermeiros para lidar diariamente com os portadores de transtornos mentais. Esses funcionários tinham que desempenhar função primordial de vigiar os alienados, acompanhá-los no seu cotidiano em todos os momentos dentro da organização asilar. Os enfermeiros deveriam ser indivíduos de aptidão intelectual elevada e de atribuições morais incorruptíveis, para servir de exemplo por meio da força física e intelectual, à desordem dos internos. Esses trabalhadores deveriam ser como o braço direito do médico, comunicando a ele todas as informações sobre o que se passava no hospício. No Brasil, em grande parte dessas instituições asilares, esse papel não era exercido por enfermeiros profissionais, mas pelas irmãs de caridade (OUYAMA, 2006).

A primeira escola de enfermagem no Brasil teve sua origem em 1890. Naquela época, as religiosas que cuidavam dos loucos nas Casas de Misericórdia e no Hospício D. Pedro II, que fora então renomeado para

Hospício Nacional de Alienados, foram expulsas da instituição por um discurso médico psiquiátrico nascente, que ansiava por um hospital disciplinado, com hierarquia, controle, vigilância e poder (BRASIL, 1890).

Com esse movimento, gerou-se uma crise de falta de mão de obra para realizar a assistência às pessoas internadas no hospício. Assim, foi criada, por meio do Decreto nº. 791/1890, uma escola destinada a formar enfermeiros e enfermeiras para o hospital de alienados (BRASIL, 1890). Essa escola foi denominada, posteriormente, de Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto (BRASIL, 1942). O sistema de ensino utilizado foi o de enfermeiras francesas de nível médio e não o de Nightingale de nível superior, que registrou um modelo organizacional já defasado (LOYOLA, 2008).

A grade curricular do curso de enfermagem, mencionada no Decreto nº. 791/1890, deveria conter noções práticas de propedêutica clínica, abordagens gerais de anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, pequenas cirurgias, cuidados especiais, balneoterapia e administração e economia das enfermarias. As aulas abrangiam blocos teóricos e práticos. Para se matricular no curso, era necessário ter no mínimo 18 anos de idade, saber ler e escrever, conhecer aritmética elementar e apresentar atestado de bons costumes. Os estudantes poderiam receber gratificações, como uma remuneração mensal. No mínimo em dois anos o aluno finalizaria o curso e a ele era conferido o diploma para o exercício profissional (BRASIL, 1890).

Apesar da criação em 1890 da Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto, a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), fundada no Rio de Janeiro em 1923, por ter sido implantada conforme os moldes nightingaleanos, foi considerada a primeira escola de enfermagem moderna no país (FERNANDES, 2006). Somente em 1949 essa instituição passou a desenvolver estágio na área psiquiátrica, no Hospício Engenho de Dentro (MIRANDA, 1994).

Ao rever a legislação acerca dos currículos mínimos de enfermagem, percebe-se que a obrigatoriedade de conteúdos sobre neurologia e psiquiatria foi instituída após a promulgação da Lei nº. 775, de 06 de 1949 (FERNANDES, 1982). Contudo, mesmo com a existência de muitos hospícios a clientela desses ambientes foi esquecida, não se constituindo objeto de interesse do saber específico da enfermagem moderna (BARROS, 1996; MIRANDA, 1994).

Durante muito tempo, a enfermagem psiquiátrica foi desempenhada, em grande parte, por pessoas absolutamente sem formação, como guardas, serventes, funcionários da lavanderia, entre outros. Esses indivíduos se tornavam enfermeiros, sem que isso implicasse qualquer exigência e, em muitas situações, maltratavam os pacientes. Esse tipo de atitude acabou por marcar de forma negativa a enfermagem nessa área (ROCHA, 1994).

As situações retratadas pelos colaboradores deste estudo, nos anos de 1970 e 1980, sobre a qualificação de profissionais de enfermagem para o ingresso no hospital psiquiátrico, vem ao encontro dos achados de uma pesquisa que apresentou a história vivenciada por cinco funcionários que trabalharam no Hospital Colônia Santa'Ana, no Sul do país, no período de 1941 a 1960. As autoras relataram que quando uma pessoa ia começar a trabalhar na instituição, não havia preocupação com o conhecimento que ela possuía em relação à atividade que iria desenvolver. Geralmente ela era contratada para funções inespecíficas, para posteriormente ser efetivada em um cargo (BORENSTEIN; PEREIRA; RIBAS; RIBEIRO, 2003).

Um dos entrevistados da pesquisa contou que, inicialmente, trabalhou como carpinteiro e depois passou a atuar na enfermagem (AMARAL⁷, 2002, citado por BORENSTEIN *et al.*, 2003). Não havia um preparo, um treinamento básico, para o pessoal trabalhar na enfermagem. Em geral, acontecia que os funcionários mais antigos ensinavam os mais novos. E, muitas vezes se aprendia na base da tentativa de acerto e erro (FURINI⁸, 2002, citado por BORENSTEIN *et al.*, 2003).

As autoras da pesquisa mencionada enfocaram outra situação semelhante à historiada pelos colaboradores deste estudo. Parte dos trabalhadores que ingressavam na instituição psiquiátrica recebiam informações sobre a existência de vagas para emprego no hospital a partir de amigos ou parentes e, normalmente, eram residentes das imediações da instituição (BORENSTEIN; PEREIRA; RIBAS; RIBEIRO, 2003).

⁷ AMARAL, J. M. São José, 23 abr. 2002. Entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento de Enfermagem (GEHCE).

⁸ FURINI, E. R. Florianópolis, 28 mai. 2002. Entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento de Enfermagem (GEHCE).

Em outro estudo histórico foi descrita a condição de formação e/ou qualificação da enfermagem psiquiátrica no Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB), no início da década de 1960. As pesquisadoras, por meio de documentos escritos do Centro de Documentação da EEAN e depoimentos de ex-professoras de enfermagem psiquiátrica dessa instituição, constataram que a assistência de enfermagem até aquela época era desenvolvida, em sua totalidade, por enfermeiros sem diploma de nível superior. A equipe de enfermagem não tinha uma formação especializada. Além disso, as autoras revelaram outra condição exteriorizada pelos colaboradores C3 e C6, a de que os atendentes sentiam medo dos pacientes, temiam ser atacados por eles (PERES; BARREIRA, 2008).

Outra autora, ao relatar sua experiência de parceria de trabalho em 1994 nas enfermarias da instituição referida, o IPUB, mencionou que não havia um rumo marcado de integração do ensino de enfermagem psiquiátrica com a assistência que se desenvolvia nesse instituto. As ligações eram frágeis, as relações acadêmicas produziam mais cegueira do que visibilidade (LOYOLA, 2008).

Das seis enfermeiras do IPUB em 1994, duas possuíam mestrado, sendo que uma fazia parte do quadro de docentes da EEAN. Depois, por intermédio de um projeto de pesquisa, foram contratadas 12 novas enfermeiras-bolsistas, das quais em 2008, oito eram mestres e quatro doutoras. Esse crescimento é significativo se for levada em conta a realidade atual da enfermagem psiquiátrica no Brasil, que ainda apresenta insuficiência em quantidade e qualificação específica (LOYOLA, 2008).

Em 1994, já haviam transcorrido mais de dez anos da organização do movimento da Reforma Psiquiátrica, que enfoca o atendimento do portador de transtorno mental em serviços que não o hospital psiquiátrico e a sua reinserção social na comunidade. Portanto, isso requer uma formação de enfermagem com esses enfoques. No entanto, Rocha (1994) explicita que o ensino da enfermagem psiquiátrica nas escolas de nível médio ainda era mínimo e, muitas vezes, ocorria de maneira deformada. Além disso, as escolas preparavam os estudantes para exercer um papel calcado nos valores tradicionais de hierarquia e autoridade. Isso propicia aos trabalhadores uma maior dificuldade em desenvolver um cuidado com flexibilidade e comunicação

com o paciente. Tais lacunas implicam preparo na instituição, cuja responsabilidade basicamente cabe ao enfermeiro.

Na tese realizada em 2004 com 19 docentes de enfermagem em saúde mental dos cursos de graduação enfermagem no Paraná, encontrou-se que do total de sujeitos 17 possuíam curso de especialização, no entanto, desse número, apenas cinco eram em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Dois entrevistados tinham residência nessa área e 12 eram mestres, sendo que seis haviam cursado mestrado em Enfermagem Psiquiátrica e dos seis títulos de mestre de outras especialidades, cinco dissertações tinham como foco a saúde mental e a psiquiatria. Em relação à qualificação em doutorado, havia três doutores, dois em Enfermagem Psiquiátrica e um em Enfermagem, com foco em saúde mental (MAFTUM, 2004).

Os participantes da tese referida demonstraram desejo e necessidade de qualificação. Todavia, evidenciaram que o motivo de não se terem qualificado ou feito cursos em áreas diferentes da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica esteve relacionado à carência da oferta de cursos com esse enfoque e às dificuldades de se deslocarem para outros Estados do Brasil para se candidatarem às vagas disponíveis. (MAFTUM, 2004).

Uma pesquisa realizada em 2007 com sete enfermeiros em um hospital especializado em psiquiatria no Paraná também mostrou a escassez de qualificação específica em saúde mental. Do número absoluto de sujeitos, seis possuíam especialização, contudo nenhum nessa área. Além disso, os participantes da investigação relataram que sentiam dificuldade para realizar o cuidado à pessoa com transtorno mental e que isso estava associado à falta de preparo desde a formação profissional. Eles alegaram que durante a graduação houve lacunas relativas ao conteúdo e à carga horária destinada à saúde mental (BRUSAMARELLO *et al.*, 2009).

Porém, essa realidade está em transformação. Atualmente, a disciplina de saúde mental começa a ser reconhecida como fundamental na formação dos profissionais de enfermagem, que precisam aprender a utilizar os conhecimentos que embasam a compreensão do ser humano, das motivações e comportamentos, assim como interagir com o paciente no momento crítico de sofrimento mental (MAFTUM; ALENCASTRE, 2008).

4.2 A ADMISSÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E A PRECARIIDADE DAS CONDIÇÕES DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Os colaboradores discorreram a respeito do modo como uma pessoa era internada em um hospital psiquiátrico e que a admissão era feita de maneira diferente de acordo com o tipo de instituição. O internamento em estabelecimento particular era efetuado com o consentimento do familiar e, conforme a quantia que a família pudesse pagar, o paciente permanecia em enfermarias juntamente com outros indivíduos ou em quartos individuais.

No hospital público não existia uma triagem para a internação, eram admitidas quaisquer pessoas que vagavam pelos espaços públicos, consideradas como incômodo e de periculosidade para a sociedade. Na maioria das vezes, elas eram trazidas pela polícia e descarregadas dos camburões como animais em pequenos portões que existiam atrás da instituição. Acontecia muito de esses indivíduos ficarem institucionalizados por anos, até décadas, pois como chegavam ao hospital sem um acompanhante ou alguém que os conhecesse, muitas vezes não era possível obter qualquer informação sobre seus dados pessoais. Em decorrência disso, os prontuários ficavam incompletos, não continham nem o nome verdadeiro do paciente. Uma prática comum no hospital campo deste estudo era o registro do termo ignorado, seguido de um número no local destinado ao nome da pessoa internada em seu prontuário.

“Como no primeiro hospital que trabalhei era particular, o internamento era realizado somente com a presença da família. [...]. Existiam as enfermarias normais e os quartos individuais para as pessoas que a família tinha condições financeiras e podia pagar. No entanto, essa diferença de classe social não interferia no modo de tratamento, todos os pacientes eram tratados da mesma forma. [...] Aqui no [nome do hospital campo deste estudo] a admissão era diferente pelo fato de o hospital ser público. Os policiais apanhavam as pessoas que perambulavam pelas ruas, eles notavam que eram doentes, que não eram bandidos, e traziam para cá. Chegavam com os camburões, encostavam nos portões atrás do hospital e descarregavam os coitadinhos, muitos não diziam nada, outros falavam nome, mas se denominavam errado,

pois normalmente o paciente quando está agitado não aceita dar seu nome. Por isso nas fichas de internamento constava “ignorado”. Como essas pessoas não tinham um responsável pelo internamento, foram ficando no hospital. Nós os chamávamos de moradores. Aliás, ainda hoje temos alguns desses pacientes.” (C6)

“O [hospital campo deste estudo] era um depósito. A polícia trazia pacientes algemados para cá de toda situação, de rua, maltrapilhos, andarilhos e indivíduos considerados perigosos para a sociedade. As pessoas não eram admitidas como hoje que existe primeiramente a triagem realizada no Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), a central de leitos e vagas. O paciente chegava, a polícia tirava a algema e o jogava para nós, como se fosse um bicho. [...]. Era muito paciente ignorado, sem endereço, sem nome, sem idade. [...]. Nos prontuários constava filiação ignorada, idade ignorada, nome ignorado.” (C4)

“Quando entrei aqui os pacientes chegavam ao hospital por aqueles portões menorezinhos que tem lá atrás. Eles eram descarregados como se fossem bois. Era assim, eles eram pegos na cidade e trazidos para cá. Tinha de tudo, gente boa, gente ruim, bandido. Muitos pacientes chegaram aqui por causa de abandono familiar. Não era feita uma triagem como acontece hoje. Vinham direto para cá. Eram trazidos principalmente pela polícia. O internamento servia para prender eles aí, porque eram um incomodo pra sociedade lá fora. [...]. Antigamente não era possível ter detalhes, praticamente não tínhamos nada de informação deles. Eram muitos pacientes. Com alguns até dava para conversar, mas rapidinho, não dava pra ficar conversando. Além disso, os prontuários não tinham dados, na maioria constava ignorado. Era ignorado, ignorado, ignorado.” (C3)

“[...] a psiquiatria foi muito utilizada como recurso de interesse médico e injustiça e descaso familiar. Houve um tempo em que os médicos se credenciavam no INPS, caso você fosse médico podia internar paciente no hospital que quisesse se fosse credenciado pelo INPS. Então acontecia muito desse profissional manter pacientes por dez anos ou mais internados, eram

pacientes dele. O Doutor [nome de um psiquiatra], por exemplo, foi um médico que teve muitos pacientes, ele tinha mais de 500, imagina se um médico consegue tratar de 500 pacientes! Também houve alguns médicos que internavam bandidos. Eu conheci um paciente que matou a esposa e que foi internado no hospital para se livrar da cadeia. A família cometia muitas injustiças. Se você tinha uma fazenda e se seus familiares quisessem te interditar, quisessem tomar a sua fazenda, eles diziam que você não tinha condições de tocá-la. Então conseguiam te internar. A família te interditava. O descaso familiar também era comum. Muitas pessoas que davam trabalho para os seus familiares em casa eram internadas durante anos sem ter necessidade. Eu conheci paciente que foi internado, que podia estar em casa, que o internamento mudava toda a sua vida, a maneira dele ser. [...]. Os hospitais psiquiátricos eram verdadeiros depósitos, asilões, para quem foi funcionário foram verdadeiros asilos mesmo. Muitas pessoas eram internadas sem necessidade, e até sem ter transtornos mentais. Quando eu trabalhei no CPM, tive contato de como funcionava as admissões nos hospitais psiquiátricos. Lá era assim, tinha um local para alcoolistas, um local de internamento masculino e um local de internamento feminino. Era como um hospital pequeno, mas um hospital de passagem. Tinha se não me engano dez vagas femininas, dez masculinas e umas 12 ou 13 vagas de alcoolistas. Essas pessoas ficavam internadas por mais ou menos oito dias. As que melhoravam recebiam alta e as demais eram transferidas para outro estabelecimento. Os pacientes que tinham família iam para o [nome de um hospital psiquiátrico privado] ou o [nome de outro hospital psiquiátrico], e aqueles que não tinham família, que não tinham como contribuir com seus gastos, mandava-se para cá [refere-se ao hospital campo deste estudo], esses provavelmente seriam moradores, crônicos. Então o [nome do hospital campo deste estudo] foi um hospital que não teve muito paciente com família. Quando recebíamos paciente aqui acontecia muito de perguntarmos a ele: De onde é que você é? E ele responder: Não sei. Como é o teu nome? Também não sei. É Paulo? É Paulo. É José? É José. Então era escrito ignorado no prontuário dele. Nós tivemos vários pacientes que morreram aqui e que não sabíamos nem quem eram e nem de onde eram seus familiares. [...]. Nos hospitais psiquiátricos privados, na admissão de pacientes os interesses financeiros predominavam. No [nome de

um hospital psiquiátrico que trabalhou], também houve muitos doentes crônicos, mas lá a gente sabia quem é que era a família do fulano de tal, sabia que o sicrano era parente do dono daquela empresa de ônibus. Sempre caía dinheiro para alguém, alguém pegava dinheiro.” (C1)

O padrão psiquiátrico tradicional originado do modelo biomédico teve como uma de suas principais peculiaridades um sistema “terapêutico” fundamentado na hospitalização. O paciente, sob esse prisma, era compreendido como um portador de um distúrbio que lhe rouba a razão, um insano, um insensato, um incapaz, um irresponsável, um indivíduo que por perder o juízo ou a capacidade de discernir entre o erro e a realidade era associado à ideia de periculosidade pela sociedade. Por representar ameaça, o portador de transtorno mental necessitava ser afastado do convívio social para ser curado (AMARANTE, 2007).

No Brasil, a partir da metade do século XIX, surgiram muitas instituições especializadas para alienados mentais, chamadas de manicômios. Esses locais eram vistos como instrumentos de cura, para onde eram encaminhados os perturbadores da ordem, considerados no imaginário popular como perigosos. Dessa forma, a Psiquiatria permitiu a manutenção da moralidade social e ajudou na regulação do espaço social (PIZANI, 2005).

As autoridades policiais eram incumbidas de recolher os alienados que perambulavam pelas ruas da cidade e levá-los para os hospitais psiquiátricos (OUYAMA, 2006; PIZANI, 2005). Contudo, não havia uma caracterização científica para a loucura como doença mental. O problema do louco fazia parte de uma ampla categoria que incluía, por exemplo, bêbados, desordeiros, prostitutas e ladrões (OUYAMA, 2006). Também acabavam sendo recolhidos mendigos e indigentes (OUYAMA, 2006; PIZANI, 2005).

Estudos históricos, que resgataram o funcionamento durante as primeiras décadas de um hospício no Paraná, inaugurado em 1903, evidenciaram que era admitida no hospital a população enviada pela chefatura de polícia (OUYAMA, 2006; PIZANI, 2005). Um relatório de outra instituição psiquiátrica, igualmente localizada no Paraná, surgida nos anos 50 do século XX, mostrou que a especialidade do atendimento ali também não era levada em conta. Nesse hospital, foram internados indivíduos com tuberculose,

problemas neurológicos, deficientes físicos, andarilhos, presos políticos, delinquentes e menores (FUKUSHIMA, 2010).

No início da década de 1940, havia 24 mil leitos psiquiátricos no Brasil, destes, 21 mil, mais de 80%, estavam em hospitais públicos (AMARANTE, 2006). Naquela época, ao mesmo tempo em que a psiquiatria buscava pelo reconhecimento como especialidade médica, a instituição psiquiátrica se firmava cada vez mais como recinto de atuação. No entanto, as condições assistenciais no interior desses ambientes eram precárias. Na década de 1950, os pacientes viviam em situações de abandono, os hospitais apresentavam excesso de internos e sua função social era essencialmente de exclusão (PAULIN; TURATO, 2004).

Com Juscelino Kubitschek no poder, de 1956 a 1961, a sociedade começou a se modernizar. Predominava no Brasil uma postura de industrialização, urbanização e desenvolvimento. Surgia uma nova classe social urbana, corporativa, crítica e reivindicadora, que exigia melhor qualidade de atendimento na saúde, inclusive na área da saúde mental. Nesse panorama, o hospital psiquiátrico privado começou a despontar como um novo ator institucional (PAULIN; TURATO, 2004).

A partir do golpe militar de 1964, instalou-se no país uma política de base capitalista que repercutiu expressivamente no setor previdenciário e na saúde mental (PAULIN; TURATO, 2004). A assistência psiquiátrica viveu um grande processo de privatização. Essa área da saúde foi uma das mais exploradas e preferidas pelas empresas privadas, na medida em que a falta de direitos dos usuários e a baixa exigência de qualidade no setor facilitavam a construção ou transformação de velhos galpões em “enfermarias”. Com essa ideologia, na qual o louco foi visto como mercadoria, o número de três mil leitos psiquiátricos privados saltou para quase 56 mil, ao mesmo tempo em que os investimentos no setor público diminuíram (AMARANTE, 2006).

O sistema previdenciário propiciou a extensão da assistência médica para os setores mais amplos da população. As instituições psiquiátricas particulares ampliaram-se para ter convênios com a Previdência Social e os hospitais públicos passaram a ser cada vez menos significativos em termos de atendimento. Algum tempo depois, praticamente todos os hospitais

psiquiátricos, públicos ou privados, estavam conveniados (PAULIN; TURATO, 2004).

Naquela época, a norma legal que respaldava a assistência psiquiátrica era o Decreto nº. 24.559, promulgado em 3 de julho de 1934, e que vigorou no país até o ano de 2000. Nesse aparato, são encontrados termos como “psicopatas”, “indivíduos suspeitos”, “toxicômanos” e “intoxicados habituais”, que se referem à clientela que era mantida ou levada aos estabelecimentos psiquiátricos. Essas pessoas eram desprovidas de direitos civis, submetidas ao poder da instituição, e os motivos para sua reclusão nos estabelecimentos psiquiátricos são descritos nos artigos 9º e 10 desse decreto.

Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10 O psicopata ou o indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento (BRASIL, 1934).

Além disso, havia a possibilidade de essas pessoas serem internadas por praticamente qualquer sujeito, como se pode perceber no artigo 11 dessa norma legal.

Art. 11 A internação de psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

- a) por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial;
- b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até o 4º grau inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação (BRASIL, 1934).

Dessa forma, é possível entender, como afirma Canabrava *et al.* (2010), os motivos pelos quais os indivíduos eram internados em hospitais psiquiátricos independentemente de possuírem ou não um transtorno mental e,

de acordo com Goulart (2006), esse foi o motivo pelo qual esses espaços tiveram grandes problemas de superlotação.

Ao discorrerem sobre o modo como ocorria a internação em hospital psiquiátrico, os colaboradores abordaram a questão da superlotação e a consequente degradação da assistência prestada. Externaram que, independentemente de a instituição ser pública ou particular, os hospitais psiquiátricos viviam superlotados. O número de leitos nas enfermarias usualmente ultrapassava a quantidade adequada para o espaço existente. Os funcionários tinham dificuldades até mesmo de conseguir andar livremente entre as camas.

“Eram muitos pacientes. Na época, havia mil e poucos. Cada unidade chegava a ter 100, 110 pacientes para apenas dois funcionários ou três no máximo.”
(C3)

“Barbaridade era a quantidade de indivíduos internados, era muita. Chegávamos a ter em enfermarias que cabiam 10 camas 15, 20 leitos. Eu me lembro que para nós passarmos entre as camas para administrar o remédio no paciente tínhamos que ir meio de ladinho. Então dávamos medicamento para uma pessoa, depois virávamos e já dávamos para outra.” (C6)

“Dentro das unidades, todos os cômodos eram enfermarias, não havia essas salas de hoje, era tudo enfermaria. As camas ficavam empilhadas, uma atrás da outra. Era cama, cama, cama, cama.” (C5)

Como o número de pessoas internadas era excessivo para o quadro de trabalhadores da enfermagem, a atenção dispensada aos pacientes e os cuidados realizados não supriam todas as necessidades. Em consequência, aconteciam muitas mortes. Dentre as relatadas pelos colaboradores, estão aquelas por agressões entre pacientes, enforcamentos e asfixia com alimentos, que não eram vistas pelos trabalhadores.

“Não dava para realizar com qualidade todos os cuidados. O que se fazia era passar um batonzinho aqui, ali, mas não conseguia fazer tudo. Com isso acabavam acontecendo algumas mortes, como aquelas em consequência de agressões entre pacientes que não eram vistas. Foi no final da década de 80, por exemplo, que um paciente matou outro ao tirar a cabeceira de uma cama e dar na cabeça dele. Esfacelou tudo. E era assim, fim de mundo.” (C3)

“Ocorriam muitas mortes. Em uma manhã de domingo, não esqueci até hoje, fazia um mês que eu estava aqui, uma paciente chamada [nome da paciente] estava passando mal, o frio a congelou, ela não resistiu e morreu. [...]. Chorei muito naquele dia, o Doutor [nome do médico] falou comigo, disse que eu ia ver coisas piores que aquela e que se eu quisesse continuar eu tinha que aguentar, porque era daquele jeito mesmo. Eu continuei. [...]. Cheguei a ver muitas mortes. Uma vez em uma manhã na mesma unidade morreram dois pacientes. Entrei de manhã em uma unidade, o [nome de um funcionário] tinha me chamado, eram 8 horas da manhã, um paciente paraplégico estava na cama morto. Eu abri a boca dele com a mão, tinha se asfixiado com pão. Ninguém percebeu e ele morreu asfixiado com pão. Mais tarde, próximo da hora do almoço, o funcionário me chamou novamente. Eu vim com duas médicas que estavam de plantão. Nas unidades havia muitos locais que não eram arrumados, estragava banheiro e fechavam, o governo não dava muitas condições, e havia um banheiro nessa unidade que era fechado. O paciente entrou nesse local e subiu até um vitrozinho pequenininho que ficava bem no alto. Ali ele se escorregou, sua cabeça ficou presa e acabou morrendo enforcado. Então nessa manhã morreram esses dois pacientes. O funcionário teve que ser internado, ficou meio parafuso. Nós víamos muitas coisas assim. Eu sempre aguentei tudo. Mas morte assim mexia muito com todos. Vi muitos enforcamentos, muitos, muitos. Outro que presenciei foi aqui nesse pátio em um pé de ameixa. Outro foi com lençol.” (C5)

“O número de mortes era elevado, o necrotério vivia ativo, sempre tinha paciente. Trabalhávamos direto fazendo tamponamento e lavagem intestinal. Morria paciente asfixiado, que quebrava o pescoço tentando fugir pela janela, tinha muito suicídio. Teve um caso de um paciente que se matou na contenção.

Ele conseguiu soltar a mão e se asfixiou com a própria mão. Então era terrível.”
(C4)

O cotidiano externado pelos colaboradores acerca da superlotação nos hospitais psiquiátricos vem ao encontro dos achados na literatura. Ao historiar o contexto da Enfermagem e a situação dos pacientes em uma instituição psiquiátrica no Estado de Santa Catarina, entre 1940 e 1960, as pesquisadoras descreveram que os pacientes dormiam em enfermarias com mais de cem leitos em cada uma. As camas eram posicionadas lado a lado, de modo que entre elas havia um restrito espaço de separação, o que dificultava muito a circulação de pacientes. As autoras ainda evidenciaram que na falta de leitos, mais de um paciente dormia na mesma cama. Também era comum quando não havia leitos para todos, pessoas dormirem no chão, o que se denominava de leito-chão (BORENSTEIN *et al*, 2003).

Paulin e Turato (2004), conforme mencionado na revisão de literatura deste estudo, evidenciaram que na década de 1970 mais de sete mil pacientes internados não tinham leitos para serem acomodados nos hospitais, e o índice de mortalidade nas colônias de crônicos era seis vezes e meia maior que nos hospitais para doenças crônicas de outras especialidades.

4.3 A ASSISTÊNCIA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM NO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO

Os colaboradores relataram que até meados de 1980 eram essencialmente médicos e trabalhadores de enfermagem que atuavam no hospital psiquiátrico. A enfermagem era uma categoria constituída basicamente por atendentes, que desenvolviam atividades tanto assistenciais quanto de supervisão.

A equipe de enfermagem tinha entre suas responsabilidades a realização de cuidados de higiene, alimentação, administração de medicamentos e observação dos pacientes. Uma das dificuldades da época eram as tecnologias incipientes, como as seringas de vidro, as agulhas que precisavam ser afiadas e a não existência da autoclave. Além disso, como não havia serviço de copa no hospital e nem número suficiente de funcionários dos

serviços gerais, também era função dos trabalhadores de enfermagem servir alimento aos pacientes, lavar a louça e limpar as unidades. Eles contaram que a infraestrutura na instituição pública era precária, o que dificultava o desempenho de suas atividades. Faltavam, por exemplo, camas, colchões, roupas e chuveiros.

“A equipe de enfermagem era formada por atendentes que faziam a supervisão [risos], enfermeira mesmo só tinha uma, a chefe, era a Dona [nome da enfermeira]. Posteriormente foi melhorando, a supervisão passou a ser realizada pelo auxiliar, depois pelo técnico e então pelo enfermeiro. Mas o atendente de enfermagem sempre foi o espelho do hospital psiquiátrico.” (C6)

Nós, além de darmos medicamentos, alimentação e encaminhar para banho, precisávamos ficar direto com os pacientes, tínhamos que estar junto, senão um agredia o outro. A agitação era muita.” (C6)

“Naquela época, dar injeção era uma tristeza! De manhã tínhamos pilhas de injeções para aplicar, pois eram muitos pacientes e quase todos tomavam medicamentos injetáveis. Tínhamos dependentes químicos, alcoolistas e psicóticos, todos juntos na mesma unidade. Os alcoolistas, por exemplo, tomavam muitas vitaminas, umas injeções enormes, saíam de lá gordos porque todo dia tomavam um coquetel. Não havia autoclaves para esterilizar os materiais, o que tínhamos era um aparelho chamado ebulidor. As seringas e as agulhas não eram descartáveis como hoje em dia. Então lavávamos as seringas em uma pia, passávamos uma água, deixávamos de molho em um sabão, acho que era germiquil o nome e depois enxaguávamos. O mesmo processo era realizado com as agulhas e, além disso, precisávamos afiá-las. Depois, todos esses materiais eram colocados limpos no ebulidor, esse equipamento era cheio com água e fervia por duas ou três horas. [...]. Às vezes precisávamos fazer uma injeção, e os materiais estavam fervendo no ebulidor, aí tínhamos que pegá-los com um pinça, colocá-los meio que nos queimando em cima de alguma coisa esterilizada para esfriar um pouco. Então nessa época era triste para nós porque era assim. Até para fazer um curativo era difícil. Isso foi muito tempo, acho que usei ebulidor de 1966 até mais ou menos

1980. [...]. Quando entrei aqui tinha enfermaria com 70 pacientes e nenhuma cama. Eles dormiam no chão. Esse [nome do hospital campo deste estudo] já foi uma lástima. Eu não cheguei a ver bem o começo do hospital, no meu tempo já tinha chuveiro quente, mas fiquei sabendo pelos funcionários mais antigos que nem isso tinha.” (C6)

“Em 1980, a dona [nome da enfermeira] que era enfermeira chefe, supervisora do hospital, inclusive ela tinha especialização em psiquiatria e era professora da [nome da instituição de ensino], me colocou no cargo de supervisão. Fiquei nessa função durante 24 anos. Trabalhei um monte. Inicialmente, fiquei desesperada, queria sair, pedir a conta, eu era jovem, sem experiência. Havia funcionários aqui do Estado antigos, que Deus o livre! Naquela época eu trabalhava no regime de CLT, passei para o Estado depois. Eu pedi pelo amor de Deus para a dona [nome da enfermeira] não me colocar na supervisão, mas ela disse que eu era a única que tinha condições de assumir aquela função. Eu tinha pesadelos à noite. Imagina só, trabalhar com esse povo. Ui! Eles eram terríveis, se achavam os donos das unidades. Mas eu tinha que trabalhar. Fiquei aprendendo as coisas com a dona [nome de uma funcionária] que era uma funcionária antiga da casa. Fazíamos internamentos, anotações e ocorrências de todas as alas, de tudo que atendíamos durante o dia, que não era pouca coisa, e tínhamos que atender os funcionários. Naquela época, quase não havia enfermeiras. Não era como hoje que tem enfermeiro 24 horas no hospital. Éramos só eu e os funcionários das unidades. Nós resolvíamos tudo. Quando havia algum caso mais grave, que era necessário encaminhar para outro hospital, nós fazíamos. Tudo que precisava resolver, nós que tínhamos que resolver, junto com os médicos de plantão. Houve um tempo em que só havia médico a distância. Graças a Deus sempre mantivemos um bom trabalho e bastante força, nem sei como estamos aqui ainda bem. Sofremos com as coisas que ocorreram aqui dentro. Tínhamos que ter estrutura. [...]. A enfermagem fazia tudo. Hoje quem serve é a copa, na época nós servíamos. Íamos buscar as panelas na cozinha, não recebíamos dentro da unidade não. Aí levávamos lá para dentro, servíamos os pacientes, lavávamos as panelas, os pratos, toda louça utilizada pelos pacientes e devolvíamos as panelas limpas para a cozinha. Nós fazíamos a limpeza da

unidade. Limpávamos tudo o que era preciso, desde paredes, xixi, cocô ou vômito de paciente no chão até os consultórios, porque não dava para contar com a servente, pois havia apenas uma. Tínhamos também a ajuda de alguns pacientes, porque na época muitos eram moradores. Nossa, eles batiam qualquer servente hoje, ajudavam muito. Eu trabalhei quase cinco anos na unidade de epiléticas que tinha a [nome de uma paciente], que era a dona da unidade. Todas as unidades tinham suas donas ou donos, faziam uma limpeza fora de sério. Aquilo brilhava. Nós também auxiliávamos nos banhos. Os pacientes que conseguiam tomavam banho sozinhos, nós dávamos só nos necessitados. Uma dificuldade que tínhamos era com os chuveiros, a quantidade era pouca e queimavam muito, as redes eram precárias. Era bem mais difícil, tudo era mais difícil. [...]. Outro problema era referente às roupas, não havia o suficiente. Roupa de cama então nem se fala, nós tínhamos muita dificuldade. As condições eram precárias, às vezes para instalar um soro era preciso improvisar, colocávamos o equipo pendurado nas janelas ou em lâmpadas. O colchão era feito de capim, não era plastificado como é atualmente. As unidades não eram dedetizadas. Havia época que dava epidemia de piolho, de pulga. Chegavam aquelas pacientes com muito e daí precisávamos cuidar, senão pegava em todas. Nossa, dava aquela epidemia, uma loucura!” (C5)

“Os pacientes dormiam em colchões feitos de capim. Eles faziam as necessidades ali mesmo e ali ficava. Não dava para lavar por ser capim, então tinha que tacar fogo no colchão. Os banhos eram realizados nos chuveiros. Eu não cheguei a ver os banhos de mangueira, mas pelos relatos antes de eu entrar aqui o banho era de mangueira no meio do pátio, com água fria. Tinha paciente que se escondia no fundo do pátio e ficava até mês sem tomar banho. A higiene bucal poucos faziam, os que sabiam. Os pacientes é que se viravam. Cuidados com unha, cabelo e barba tinham, mas era assim, por exemplo, quando um resolvia cortar fazia fila e tacava a máquina no cabelo do povo. Cabelo comprido, apareceu piolho, cortava. Existia muito piolho, então para evitar também cortava. Havia ainda muita pulga e aquelas muquiranonas que saíam correndo dos pescoços dos pacientes. Aí igualmente cortava o cabelo, passava remédio pra escabiose. Quanto à alimentação, de manhã era

colocado um panelão de café no meio do pátio. Os pacientes que estavam melhor iam pegar. Eles colocavam a caneca lá dentro. Quando o paciente não conseguia ir lá pegar a caneca, por exemplo, quando tivesse com uma depressão profunda, ele ficava sem. Caso não houvesse uma enfermagem meio atenta ali, ele ficava sem. No almoço e na janta havia feijão, arroz e uma mistura. Mas não era feito que nem agora. Antigamente havia aqueles panelões grandes, era a enfermagem que servia. Não existia o serviço de copa, esses carrinhos que as copeiras trazem hoje com as refeições. Alguns pacientes iam comer no pátio, uns em um canto, outros em outro, outros nem comiam. Isso começou a mudar mais ou menos em 1986, depois de 1988 ficou bom. Então era assim, os pacientes almoçavam, se estendiam no pátio, tomavam sol e ficavam até a gente chamar pra alguma coisa, medicação ou alimentação.” (C3)

“[...] os cuidados de enfermagem eram precários. O quadro de funcionários era pequeno para tantos pacientes. Então não tínhamos condições, por exemplo, de fazer banho individual em mais de 100 pessoas. Nós as deixávamos lá fora no pátio e pegávamos uma mangueira, era de mangueira o banho. Colocávamos os pacientes melhores para ensaboar. [...]. Tinha muita medicação. Pegávamos na farmácia a bandeja com os remédios, naquele tempo os comprimidos ainda vinham em vidrinhos e também se fazia muito injetável. Tínhamos mais de 50 injeções para fazer. Era terrível. [...]. Meu pai contava que na época em que ele trabalhava nos cubículos, bem no início do tempo de cubículos, a equipe de enfermagem chegava a aplicar a injeção por cima da roupa do paciente. Não havia materiais descartáveis, era seringa de vidro e agulha que tinha que esterilizar sempre que era utilizada. [...]. O hospital era muito precário na época. Só havia um chuveiro na unidade e às vezes nem tinha água. Até que existiam roupas, muitas eram advindas de doação, mas nem sempre os tamanhos davam nos pacientes. Na hora de dormir, os pacientes usavam acolchoadinhos para se cobrir, mas aqueles de estatura mais alta eram prejudicados, pois só conseguiam cobrir metade do corpo. Havia paciente que dormia no chão por falta de leito. Às vezes três pessoas dormiam juntas na mesma cama. Era difícil. [...]. Antigamente pulgas e muquiranas eram comuns no interior das unidades.” (C4)

“Antigamente o papel da enfermagem era mais prático, de dar medicação, ajudar na contenção, na segurança do paciente. Os banhos eram feitos conforme a necessidade. Conta-se, eu não participei desse tempo, que há muitos anos o banho era realizado de mangueira. Eu acredito que era mesmo, porque, veja bem, em uma unidade que hoje comporta 30 pacientes já estiveram internados 170. Você imagina esses 170 tomando banho, como é que 170 vão pessoas tomar banho de uma vez só! Naquele tempo, não havia nem colchões em número suficiente, os funcionários pegavam capim, cortavam e colocavam no chão das enfermarias. Estendiam um lençol por cima, um cobertor, e ali dormiam os pacientes, igual bichos, empilhados uns em cima dos outros.” (C1)

“[...] ficavam dois funcionários por turno. Eles eram apenas tarefeiros, administravam medicação, auxiliavam na alimentação e realizavam cuidados de higiene, como banho e corte de unha e cabelo. Muitas vezes não se conseguia realizar um atendimento de enfermagem com qualidade. Uma pessoa com transtorno mental em quadro agudo depende totalmente da enfermagem, em um minuto que o profissional descuida pode acontecer alguma coisa. Então é preciso que a enfermagem esteja o tempo todo atendida. Mas naquele isso não era possível, pois eram muitos pacientes para cada auxiliar cuidar e, além disso, havia muitas atividades para realizar, inclusive as do serviço de copa e de limpeza. Naquela época, ainda não existia no hospital o serviço de copa, e os funcionários dos serviços gerais eram poucos, então se tinha uma situação emergencial, e quem fazia todos os cuidados de limpeza era a própria enfermagem.” (C2)

Um estudo realizado no Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, que descreveu aspectos da história da enfermagem psiquiátrica, no início década de 1960, evidenciou resultados que coadunam com as narrativas dos colaboradores desta pesquisa. As autoras mostraram que no espaço asilar as práticas eram desenvolvidas fundamentalmente por médicos e pelo pessoal da enfermagem (PERES; BARREIRA, 2008).

A enfermagem era subordinada ao serviço administrativo da instituição e dentro das unidades de internação mantinha relações com a classe médica que também se caracterizava pela subalternidade. A coordenação geral da enfermagem era realizada por uma atendente, que, mesmo sem saber ler e escrever, tinha sua autoridade acatada (PERES; BARREIRA, 2008).

No modelo tradicional da psiquiatria, bastavam para o portador de transtorno mental exclusão, disciplina, alimentação, banho, vestimenta, teto e cama. As atendentes tinham medo dos pacientes, para lidarem com esse sentimento utilizavam a barganha, engajavam-se com os doentes na base do faça isto que eu lhe dou isso (PERES; BARREIRA, 2008).

As atividades assistenciais desempenhadas pelos trabalhadores da enfermagem se caracterizavam principalmente pela vigilância, observação, controle do comportamento dos pacientes e cuidados de controle de sinais vitais, higiene e alimentação (BOTTI, 2007).

Quanto aos problemas citados pelos colaboradores, o estudo que retratou o histórico da assistência em uma instituição psiquiátrica no Estado de Santa Catarina também abordou a questão da escassez de roupas. Faltavam lençóis, fronhas e, principalmente, peças de vestuário. O setor de costura e o da lavanderia não dava conta de produzir e lavar a quantidade necessária. O tecido disponível não era suficiente para confeccionar roupas do enxoval básico, como vestidos, calças, camisas, peças íntimas, entre outros. Não havia máquinas de lavar. Além do mais, os pacientes costumavam rasgar suas próprias vestimentas, o que diminuía ainda mais a quantidade (BORENSTEIN *et al.*, 2003).

As autoras do estudo mencionado também ressaltaram as infestações por diversos parasitas, as denominadas escabioses, pediculoses, entre outras (BORENSTEIN *et al.*, 2003), que puderam ser evidenciadas nas falas dos colaboradores C3, C4 e C5.

Austregésilo Carrano, ao contar sobre os momentos em que esteve internado em hospitais psiquiátricos brasileiros na década de 1970, igualmente discorreu sobre as epidemias de piolhos e muquiranas. Ele afirmou que havia paciente crônico que coçava tanto o couro cabeludo que acabava ocasionando feridas por toda a cabeça. O tratamento que se realizava naquela época era a raspagem dos cabelos e a aplicação de creolina e iodo (CARRANO, 1993).

Ao narrar suas histórias da prática da Enfermagem em hospital psiquiátrico, os colaboradores externaram que vivenciaram o emprego de diversos modos de tratamento dispensados ao portador de transtorno mental. Discorreram sobre as terapias biológicas como os medicamentos, o choque cardiazólico, a insulinoaterapia e a eletroconvulsoterapia. Narraram também sobre alguns tratamentos de ideologia moral, aqueles que visavam à correção do interno, como a praxiterapia e os de restrição física, como o cubículo ou cela forte, o lençol de contenção, a camisa de força, o enfaixamento e a contenção no leito por faixas de algodão.

Na sequência, constam as subcategorias organizadas de acordo com cada recurso terapêutico descrito pelos colaboradores:

4.3.1 Medicamentos

As narrativas evidenciaram que até a década de 1960 existiam poucos fármacos usados no tratamento das pessoas com transtornos mentais e os que estavam disponíveis tinham um potencial de ação insuficiente para minimizar os sintomas decorrentes do transtorno. Para diminuir a agitação dos pacientes, utilizavam-se medicamentos de forma excessiva e, além disso, outros tipos de tratamentos eram comumente realizados ou associados. Os colaboradores ressaltaram ainda que algumas modalidades terapêuticas foram substituídas pelos fármacos mais potentes que surgiram na década de 1970.

“A medicação naquela época era pouca, quase não existia e a que existia era fraca. Usávamos Haloperidol de 1 miligrama e Amplictil de 25 miligramas, somente mais tarde foram chegar os novos fármacos. [...]. Entraram as medicações mais fortes, como o Neozine e o Amplictil de 100 miligramas, que já eram uma paulada. Para os casos em que o paciente estava muito agitado, que precisava às vezes de cinco ou seis pessoas para segurá-lo, tínhamos também uma injeção chamada Sonifen que fazia dormir. Ela não trazia perigo para o paciente, pois não alterava a pressão arterial, não mexia com nada. Administrávamos 1 ml na veia e em cinco minutos a pessoa estava dormindo.

Era um sono tranquilo, quando acordava estava calmo. Depois acabou o Sonifen e entrou o Amplictil aplicado juntamente com o Fenegan. O médico prescrevia conforme a agitação do paciente, podia ser um Amplictil e um Fenegan endovenoso, dois Amplictil e um Fenegan ou quando o paciente estava quebrando tudo, tentando machucar alguém ou a si mesmo, eram prescritos três Amplictil e um Fenegan. Nós da enfermagem ficávamos durante a primeira meia hora controlando a pressão arterial, porque podia resultar em hipotensão, já mantínhamos ali um soro fisiológico conforme recomendação médica. Mas eram poucas as vezes que acontecia a hipotensão.” (C6)

“Antigamente era só medicação no paciente.” (C5)

“[...] havia um descontrole de medicação, tinha funcionário que carregava um punhado de Amplictil no bolso e quando via um paciente agitado já dava um remédio para ele tomar.” (C1)

“Acontecia muito de tirar o remédio de um paciente menos agitado e passar para outro mais agitado, a própria enfermagem prescrevia o medicamento, não procurava o médico pra fazer a medicação. Antes os pacientes eram mais sonolentos. Segurava na medicação pra não incomodar muito. Qualquer coisa já estava dormindo. Isso era bem comum”. (C3)

A psicofarmacologia teve seu início em 1952, quando os pesquisadores franceses Jean Delay e Pierre G. Deniker obtiveram sucesso no tratamento das pessoas com transtornos mentais com uma nova substância, a clorpromazina. Eles identificaram que esse fármaco contribuía na redução da agitação psicomotora, das alucinações e dos delírios. Essa ação medicamentosa foi denominada de neurolepsia e os novos medicamentos com esse emprego passaram a ser chamados de neurolépticos (BRASIL, 2005a).

A partir da década de 1950, aconteceu uma reviravolta no tratamento psiquiátrico em que os psicofármacos como clorpromazina (Amplictil®), levomepromazina (Neozine®), haloperidol (Haldol®), entre outros, passaram a ser empregados vastamente na terapia dos pacientes. Entretanto, esses medicamentos não substituíram prontamente os outros recursos terapêuticos,

inicialmente consistiram em um tratamento coadjuvante (BORENSTEIN *et al.*, 2003).

Com o surgimento e, posteriormente, com o aumento na quantidade e na qualidade dos psicofármacos, houve uma diminuição da manifestação dos comportamentos que se acreditava serem oriundos exclusivamente dos sintomas decorrentes dos transtornos mentais. Tal situação reforçou a hegemonia do tratamento biológico, tônica do modelo tradicional psiquiátrico, que tinha como foco a cura ou o controle da doença e não da pessoa.

Atualmente, com o modelo psicossocial vigente, se enfatiza a diminuição do uso de medicamentos para que o paciente possa se beneficiar de outras formas de tratamento. Dentre essas se encontram, por exemplo, consultas e orientações individuais, oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas, grupos operativos, psicoterapia individual ou em grupo e atividades comunitárias, que visam à integração do portador de transtorno mental na comunidade (BRASIL, 2004a). Desse modo, a prática psiquiátrica antiga, que utilizava em excesso os fármacos, levando ao não incômodo e a inatividade do paciente, é substituída pelo projeto terapêutico elaborado por uma equipe multidisciplinar com o uso das preferências, aptidões e potencialidade de aprendizado da vida social e produtiva do cidadão (SOARES, 2007).

4.3.2 Choque Cardiazólico

O colaborador C6, que tem mais tempo de trabalho na área de saúde mental que os demais participantes deste estudo, foi o único que mencionou ter vivenciado a aplicação do medicamento cardiazol no tratamento de pessoas com transtornos mentais. De acordo com o colaborador, essa terapêutica foi empregada até o final da década de 1960. Além de ele narrar como a enfermagem se inseria nessa modalidade de tratamento, externou sua posição em relação aos resultados positivos dessa prática na diminuição da agitação de alguns pacientes em contraposição à medicação oral disponível naquela época.

“[...] o choque cardiazólico, utilizávamos naqueles pacientes muito crônicos, surtia quase o mesmo efeito da eletroconvulsoterapia. O cardiazol consistia em

um medicamento que vinha em uma ampola de 1 ml. O médico fazia a prescrição, antes de administrá-lo fazíamos os procedimentos preparatórios, como no eletrochoque. O cardiazol era administrado bem rápido em via endovenosa, fazíamos umas cócegas na sola dos pés do paciente e ele entrava em convulsão. Esse tipo de terapia dava resultado. Nos casos de pacientes superagitados era uma beleza, pois a medicação oral não surtia efeito.” (C6)

Terapias convulsivas para tratar portadores de transtornos mentais graves remontam a centenas de anos. No século XVI, um médico suíço chamado Paracelsus relatou administrar cânfora via oral para indução de convulsões e tratamento da loucura. Diversos documentos europeus do século XVII apresentam os benefícios das convulsões decorrentes da cânfora para o tratamento de algumas formas de insanidade. Essas informações, em grande parte, foram esquecidas, até o momento em que o neuropsiquiatra húngaro Ladislav von Meduna iniciou seu trabalho com a terapia convulsiva (SADOCK; SADOCK, 2007).

Em 1934, Meduna (1896-1964) abriu um novo campo terapêutico para os transtornos mentais. Ele desenvolveu inicialmente o tratamento convulsivo induzido por cânfora intramuscular e posteriormente pelo cardiazol (pentilenotetrazol, metrazol) intravenoso (BARAN *et al.*, 2008; SABBATINI, 1997). Meduna julgou a partir de seus estudos gliais que a esquizofrenia e a epilepsia eram incompatíveis e criou o tratamento do choque cardiazólico na intenção de ao provocar convulsões atingir a cura (RIGONATTI, 2004).

As convulsões ocasionadas pelo cardiazol ocorriam rápida e violentamente, eram difíceis de controlar. Às vezes, eram tão severas que causavam fraturas espinhais nos pacientes. Com a chegada de outros métodos para tratar pessoas com transtornos mentais, como os neurolépticos e a eletroconvulsoterapia, o choque cardiazólico foi gradualmente descontinuado no final dos anos 40 e não mais utilizado. Atualmente, sua importância é unicamente histórica (SABBATINI, 1997).

4.3.3 Insulinoterapia

O uso da insulinoterapia no tratamento de portadores de transtornos mentais foi referido por dois colaboradores. Entretanto, somente o colaborador C6 a vivenciou e detalhou minuciosamente a atuação da enfermagem nessa técnica, que, conforme seus relatos, foi utilizada até o início de 1970.

“Eu não cheguei a vivenciar a aplicação da insulinoterapia, mas era feito assim, aplicava uma dose de insulina no paciente no primeiro dia e depois ia aumentando aquela dose progressivamente por alguns dias até que o paciente entrava em coma insulínico. Logo, era aplicada uma glicose endovenosa nele para reverter esse quadro.” (C1)

“O médico prescrevia, por exemplo, 30 comas de insulina. Então começávamos aplicando dez unidades de insulina subcutânea às cinco horas da manhã e íamos somando dez unidades a cada dia até o momento em que a pessoa fazia o pré-coma. A enfermagem tinha que ficar em cima, atenta. No dia seguinte ao pré-coma, aumentávamos mais dez unidades de insulina e então o paciente entrava no coma. A partir daí, a dose era sempre a mesma, se o paciente fez, por exemplo, coma com 100 unidades de insulina, ele ia tomar sempre essa dosagem até terminar o tratamento. Se o médico tivesse colocado na prescrição 30 comas, nós marcávamos o dia em que ele havia feito o primeiro coma, contávamos 30 comas e então encerrávamos o tratamento. Era comum o médico prescrever 30 comas de insulina e o eletrochoque em coma. Era difícil fazer isso, a enfermagem tinha que ficar em cima porque o paciente quando entra em coma insulínico não pode ficar nessa situação por mais de 15 minutos. Por isso, já deixávamos preparada uma bandeja com glicose para administração endovenosa e um canecão com água e bastante açúcar. Logo que o paciente entrava em coma, uma veia dele era puncionada e então injetávamos 20 ml de glicose, ele ia acordando. Em seguida, o levantávamos e mandávamos tomar toda a solução de água e açúcar que estava preparada. Geralmente o paciente estava suando, a insulina dá um suadouro. Levávamos o paciente para o chuveiro, então dávamos um banho, trocávamos sua roupa e o encaminhávamos para tomar café bem doce

e comer dois ou três pães. Depois ele se sentava no pátio e andava um pouco para não entrar em coma novamente, pois se ele se deitasse, podia entrar.”
(C6)

A terapia por choque insulínico foi descoberta pelo neurologista e neuropsiquiatra polonês Manfred Sakel e comunicada oficialmente em 1933. A insulina, hormônio secretado pelo pâncreas, responsável pela manutenção do equilíbrio de glicose no corpo, foi descoberta em 1921 por dois pesquisadores médicos canadenses, Frederick Banting e Charles Best. A deficiência desse hormônio causa diabetes ou hiperglicemia, e seu excesso natural ou artificial ocasiona hipoglicemia, que provoca coma e convulsões, em decorrência do *déficit* de glicose nas células cerebrais (SABBATINI; 1997).

A introdução da insulinoterapia na psiquiatria se deu quando Sakel, ao causar convulsões com uma dose excessiva de insulina, descobriu acidentalmente que esse tratamento era eficaz para pacientes com diversos tipos de psicoses, principalmente a esquizofrenia. A técnica de Sakel para tratar foi entusiasticamente recebida (SABBATINI; 1997).

O tratamento consistia no uso de doses cada vez mais altas de insulina intramuscular até que o paciente ficasse comatoso. A princípio, esse quadro era revertido com glucagônio após 15 minutos, porém foi realizada uma tentativa de elevar os comas subsequentes até o máximo de uma hora. Por vezes, eram necessárias 60 aplicações ou mais para que os resultados fossem observados (SADOCK; SADOCK, 2007).

Em conformidade com os achados de Sakel, mais de 70 % de seus pacientes melhoraram após a realização da terapia por choque insulínico. Dois grandes estudos realizados nos EUA, em 1939 e 1942, deram a ele fama e ajudaram na difusão de sua técnica ao mundo. No entanto, o desuso desse procedimento acelerou após o surgimento de pesquisas controladas adicionais, que mostraram que a cura real não era alcançada e que as melhoras na maioria das vezes eram temporárias (SABBATINI; 1997).

4.3.4 Eletroconvulsoterapia

A história contada pelos colaboradores mostrou que, até meados da década de 1970, a eletroconvulsoterapia foi muito empregada dentro dos hospitais psiquiátricos. Para eles, por um lado, esse tratamento foi visto como um procedimento importante para a época, pois era um dos poucos recursos disponíveis que contribuíam para acalmar os pacientes que ficavam muito agitados e para amenizar os sintomas psicóticos.

No entanto, o uso da eletroconvulsoterapia ocasionava medo e uma experiência traumatizante para o paciente e até mesmo para alguns funcionários da enfermagem. Sua aplicação deixou sequelas e comprometimentos significativos em várias pessoas. Além disso, foi utilizado por alguns trabalhadores da enfermagem como instrumento punitivo e coercitivo.

“Não presenciei aqui no hospital [campo deste estudo] aquelas terapias mais antigas, como o eletrochoque. Quando comecei a trabalhar, elas não eram mais utilizadas, graças a Deus estavam no museu do hospital. Mas me lembro que uma vez, na época em que eu ainda era estagiária no [nome de um hospital psiquiátrico], assisti à aplicação da eletroconvulsoterapia. Foi uma experiência que nunca mais quero ter. É claro que antigamente, em alguns momentos, esse tipo de tratamento tinha o seu valor, pois não existiam as terapêuticas atuais. Mas que era uma situação bastante complicada isso era, nós, por exemplo, temos até hoje alguns usuários que passaram por esse tipo de tratamento e têm sequelas.” (C2)

“O eletrochoque eu vi uma vez de longe. Não cheguei a participar, só conheci a maquininha. Funcionava assim: colocava na cabeça e largava uma voltagem. Era uma terapia mais para acalmar o paciente. Mas, não sei não. Eu não cheguei a ver, dizem que eles saíam da aplicação do eletrochoque tudo ‘greg’.” (C3)

“[...] trabalhávamos muito com a eletroconvulsoterapia, o famoso eletrochoque, ele resolvia naquele tempo porque a agitação era demais e depois da aplicação

os pacientes ficavam calmos. Para os pacientes bastante agitados, o médico prescrevia geralmente duas vezes por semana um eletrochoque, que era aplicado sob o seu acompanhamento nas segundas e sextas-feiras. Então, se tínhamos 20 pacientes para fazer eletrochoque, todos eram feitos no mesmo dia. O procedimento acontecia assim, se a pessoa usasse prótese dentária tirávamos, se fosse dente natural colocávamos uma borracha na sua boca para não morder a língua, segurávamos o queixo, as clavículas para não deslocarem na hora em que houvesse a convulsão e os joelhos porque senão eles levantavam. Precisávamos de um total de seis funcionários para segurar bem o paciente na cama, para não ter perigo de ele se machucar. Em todo o procedimento, o médico ficava nos acompanhando com a medicação de emergência preparada para caso acontecesse de o paciente ter uma parada cardíaca. Mas no meu tempo isso nunca aconteceu. O profissional responsável pela aplicação do eletrochoque ficava atrás da cabeça do paciente. O equipamento tinha uma caixinha na qual era regulada a voltagem, 110 volts, e tinha duas bonequinhas, uma delas com um botãozinho para ligar. Era colocada uma gaze molhada com solução de água e sal em cada bonequinha e então se encostava na parte temporal do paciente e apertava o botãozinho por quatro segundos. Ele entrava em convulsão, como se fosse um ataque epilético, espumava pela boca, ficava um tempo meio bobo, não sabia onde estava. Ficávamos cuidando, senão ele caía da cama, e não deixávamos os outros pacientes vê-lo, todos ficavam sempre separados por biombos. Depois que a pessoa melhorava, nós a deixávamos se sentar. Ela não sabia que tinha tomado o choque. Isso melhorou muitos pacientes naquele tempo.” (C6)

“Eu participei de muitas aplicações de eletrochoque. Ajudei muito a Dra. [nome de uma médica]. Ela fazia muito as aplicações. Nossa, como os pacientes tinham pavor, medo, desespero! Era assim, um aparelho que tinha duas bonecas que eram colocadas na parte temporal. Deitávamos até no chão o paciente. Protegíamos os membros, colocávamos uma mordaça na boca e nós mesmos fazíamos a aplicação. A doutora só ficava às vezes perto. Nós, os funcionários, é que aplicávamos. Havia o medidor de voltagem, sabíamos quantos volts eram e fazíamos a aplicação. O paciente se debatia. Logo em seguida, o colocávamos na cama. Ele ficava por algumas horas tipo como um

paciente após uma crise convulsiva, ficava calmo por aquele dia mais ou menos assim. Havia paciente que, para pegá-lo, corríamos o pátio inteiro, dava dó! Eu presenciei muito isso, participei. Tinha que segurar. Dia de eletrochoque era um dia em que eu tinha pânico. Eu também tinha pânico. Era uma coisa de que eu não gostava. Eu tinha pavor. Não gostava [...] (C5)

“Ele era um aparelho que colocávamos uma carga elétrica pesada nele e molhávamos duas bonequinhas com uma água de sal para elas atuarem como transmissoras de eletricidade ionizável. Amarrávamos o paciente em uma cama, colocávamos uma borracha na sua boca para ele não morder a língua, juntávamos umas duas ou três pessoas para cuidar do paciente, para não deixá-lo ficar se debatendo, para que não se machucasse. Então eram encostadas as duas bonequinhas de uma vez só na fonte do paciente, uma de cada lado. Um botão era apertado e ele convulsionava na hora. Normalmente, os profissionais que participavam da aplicação do eletrochoque eram o médico e o pessoal da enfermagem, principalmente o auxiliar e o técnico, porque naquela época havia poucos enfermeiros. É claro que esse tratamento tinha vários riscos, como em casos de sujeitos cardiopatas, que poderiam ter uma parada cardíaca. Era uma coisa ruim para o paciente, não era confortável. Tanto que na segunda ou terceira aplicação do eletrochoque, nós tínhamos que pegar o paciente a cachorro para poder fazer a administração. Inclusive, houve épocas, antes de eu entrar no hospital, que funcionários usavam aquilo como castigo. Pensavam que se o paciente perturbasse, davam choque. Era como com uma criança que faz arte e apanha de vara, a mesma coisa acontecia. Então, o eletrochoque não era só tratamento, era castigo também. Em alguns casos, o eletrochoque ajudava um pouco, tirava o paciente dos delírios, diminuía a agitação, algumas pessoas melhoraram com isso. Mas para outras esse tratamento não funcionava. Eu acredito que isso cronificava alguns pacientes, deixava sequelas, tirava a capacidade de reação deles. Há uns oito anos, nós tivemos um médico que foi transferido pra cá, antigamente ele já tinha trabalhado aqui. Ele tentou implantar de volta no hospital o eletrochoque, mas a equipe não aceitou.” (C1)

O primeiro tratamento biológico com eficácia inquestionável na psiquiatria foi a eletroconvulsoterapia (ECT) (RIGONATTI, 2004). Essa terapêutica foi administrada pela primeira vez em Roma, em abril de 1938, por Ugo Cerletti e Lucio Bini. Inicialmente sua denominação era Terapia de Eletrochoque (SADOCK; SADOCK, 2007).

Todavia, por mais que esse método tenha sido muito utilizado desde o seu surgimento, nos anos 60 e 70 sua popularidade declinou bastante. Isso pode ser associado ao advento dos psicofármacos mais efetivos e à crescente movimentação contrária a esse procedimento ocasionada pelo seu uso indevido com o objetivo de punir, controlar ou ameaçar os pacientes (SILVA; CALDAS, 2008).

A experiência contada no livro “Canto dos Malditos” ilustra aspectos mencionados pelos colaboradores no que diz respeito ao medo que as pessoas internadas no hospital psiquiátrico sentiam da aplicação da eletroconvulsoterapia, à técnica para realização desse tratamento e às condições do indivíduo após a aplicação. O autor descreveu que, quando vivenciou pela primeira vez o procedimento, um funcionário da enfermagem o havia trancafiado em um quarto, em jejum, sem que soubesse o que iria lhe acontecer. Ao compreender aquela situação, Austregésilo começou a se desesperar, suas pernas não paravam de tremer, estava apavorado de medo. De repente, escutou a voz de outro paciente no quarto ao lado, ele também passaria pela eletroconvulsoterapia. Ouviu o paciente implorar, com voz chorosa, para que o médico não lhe aplicasse aquilo. Escutou gritos, batidas na parede. Os funcionários o tinham pegado à força. Em seguida, ouviu um longo gemido e mais nada. O desespero aumentou, pois sabia que estava chegando a sua vez. Quando o médico e os funcionários da enfermagem chegaram a seu quarto, ele estava completamente sem ação, em choque de tanto medo, deitado de barriga para cima na cama (CARRANO, 1993).

“[nome de um funcionário da enfermagem] colocou uma das suas pernas dobradas em cima do meu tórax. Uma das mãos em cada braço meu, perto dos ombros, forçando tudo para baixo. O outro enfermeiro pediu que eu abrisse a boca, e por ela enfiou um pequeno tubo preto de borracha e oco. Disse que eu mordesse com força. Em seguida, ele juntou as minhas pernas e começou a forçá-las para baixo. Antes, porém, passou alguma coisa gordurosa em minhas têmporas. Eu não

consequia mais raciocinar – estava paralisado. O pavor deveria estar explodindo meus olhos. Meu corpo todo era forçado para baixo. Eles faziam força além do peso de seus corpos. Meu Deus, o que era aquilo? Eu mordida com força aquele tubo em minha boca. Não podia ver o médico. Eles forçavam demais o meu corpo contra o colchão. Vi o médico se aproximar da minha cabeça, por trás, seu rosto perto do meu. [...]. Olhou em volta, examinou as minhas têmporas. Suas mãos tocaram meu cabelo, limpando-as. Em seguida, recuou um pouco. Só escutei parte de meu gemido. Perdi os sentidos” (CARRANO, 1993, p. 67).

Austregésilo relatou desconforto após a aplicação do tratamento. Quando acordou, estava com sialorreia, cefaleia muito forte, dores em todo o corpo, confusão mental, pensamentos “embaraçados”, não conseguia controlar suas ideias. Para se alimentar, doíam o esôfago e os dentes. Vomitou. Relatou que se sentiu violentado (CARRANO, 1993).

Embora em decadência o uso da ECT durante um dado momento da história, nos últimos quinze anos essa prática voltou a ganhar destaque (SILVA; CALDAS, 2008). Esse tipo de tratamento é considerado efetivo para algumas pessoas que sofrem de transtornos mentais severos, como transtornos depressivos graves, catatonia, mania e certos casos de esquizofrenia (SALLEH *et al.*, 2006).

Atualmente, algumas associações e sociedades psiquiátricas têm se posicionado a favor da ECT, e diversos países, como Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos, a introduziram como tratamento de eleição para transtornos mentais (SALLEH *et al.*, 2006). No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) normatizou esse método por meio da Resolução nº. 1.640, de 10 de julho de 2002. Conforme esse aparato legal, o emprego do ECT é um ato médico (BRASIL, 2002).

A ECT deve ser realizada em ambiente hospitalar, sob anestesia e após a avaliação do estado clínico do paciente e ser realizada seguindo as orientações constantes na Resolução CFM 1.363/93. Deve ser obtido antes do procedimento o consentimento informado do paciente ou de seu familiar ou responsável, em situações que o mesmo não tem condições mentais e/ou etárias para o preenchimento. Ainda, em momentos em que não for possível obter tal documento, o médico poderá aplicar o tratamento, desde que se responsabilize pelo ato (BRASIL, 2002). Nota-se, entretanto, que não há um

protocolo padrão para a quantidade de aplicações da ECT, de modo que a manutenção dessa terapêutica está a critério da avaliação do paciente após cada sessão (PASTORE *et al.*, 2008).

Em um estudo realizado no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, foram comparados os dados de 69 prontuários referentes à realização da ECT no período de 2005 a 2007 com pesquisas desenvolvidas anteriormente e investigações relacionadas ao tema em outros países. Os resultados mostraram que todas as aplicações realizadas na instituição estavam de acordo com os critérios e recomendações válidas e que, embora a ECT seja polêmica, ela constituiu um bom método para a remissão de sintomas graves. Todavia, no que diz respeito ao número de sessões dessa técnica, os autores observaram dados destoantes de cada paciente nos países analisados, o que possibilitou a impressão de que a manutenção do tratamento é realizada por avaliações subjetivas do médico, evidenciando uma ausência de modelo comum do uso da ECT. Dessa forma, os autores reforçaram a importância de estudos direcionados ao estabelecimento do padrão de aplicações necessárias à boa resposta dos pacientes submetidos ao tratamento (PASTORE *et al.*, 2008).

As narrativas dos colaboradores mostraram que os profissionais de enfermagem ao longo dos anos realizaram a técnica da ECT para várias funções. Ora acreditava-se que essa terapêutica era a melhor opção para as pessoas com transtornos mentais, ora ela era aplicada como uso do poder, para punir e extravasar instintos de dominação. Alguns profissionais eram coniventes com essas atitudes de poder, autoridade ou de que essa era a melhor forma de tratamento, porém tinham sentimentos de medo, compaixão e indignação. Mantinham-nos silenciados, apenas vivenciavam e sofriam consigo mesmo, sem coragem ou sem ter como denunciar. Contudo, ainda que ínfima ou isolada, C1 relatou que, quando um médico tentou reintroduzir a ECT no hospital campo deste estudo, os trabalhadores não permitiram que isso ocorresse, o que mostra a possibilidade de os profissionais de enfermagem exercerem uma prática com posição e humanização.

4.3.5 Cubículo ou cela forte

Segundo os colaboradores, o uso de cubículos ou celas fortes também foi uma prática comum em hospital psiquiátrico. O colaborador C3 relatou que no hospital campo deste estudo a desativação dos cubículos se deu no final de 1980.

As narrativas mostraram a existência de dois tipos de celas fortes. O primeiro consistia em uma pequena sala, individual, fechada, com portas de material reforçado, que continham uma ou duas aberturas na parte superior para o profissional observar a pessoa no interior do cubículo e na parte inferior para fazer a entrega de refeições. O segundo tipo era semelhante ao primeiro, no entanto, tratava-se de um local maior, coletivo. Em todos esses espaços restritivos, havia um lugar para que os indivíduos fizessem suas eliminações fisiológicas e se deitassem.

As pessoas eram encaminhadas para os cubículos quando estavam muito agitadas ou agressivas. Todavia, esses recintos também serviram para que alguns funcionários da enfermagem os usassem como uma modalidade de castigo para os pacientes. Não existia um tempo de permanência estabelecido para a reclusão, podia ser de duas a três horas até vários dias.

“Havia os cubículos onde os pacientes eram jogados. Era uma cela. Quando o paciente ficava agitado, era colocado nesses lugares, qualquer coisinha era cubículo. Cubículo vivia lotado. Lá havia somente uma patente turca, aquela no chão, que a pessoa tem que se agachar, e um colchão de capim no chão, quando tinha. Era escuro. Tinha apenas uma janelinha lá em cima. A comida era jogada por uma portinhola.” (C3)

“Comecei a trabalhar onde havia os cubículos. Era muito pesado. Eu trabalhava com cubículos com 30, 40 pacientes, mas que tinham capacidade somente para 6. Os pacientes chegavam ao hospital como animais. Eram retirados da ambulância e levados para dentro por 4, 5 ou 6 homens. Em seguida, eram jogados no cubículo sem roupa. Eram pacientes bem perigosos. Muitas vezes, quando entrávamos no cubículo para dar alimentação, eles nos pegavam. Quantas vezes tive que tirar a minha roupa para poder sair de lá de

dentro. Em muitas ocasiões, para conseguir nos soltar do paciente, saíamos sem blusa, de sutiã. Uma vez, uma japonesa que estava no cubículo me empurrou num canto, saiu e me fechou lá dentro. Ela foi pega no parque. Depois um rapaz que trabalhava na manutenção me encontrou presa.” (C5).

“A assistência era precária. Tínhamos cubículos. Eram salas fechadas, pequenas, de mais ou menos 3m², com uma abertura embaixo na porta para dar a alimentação e uma em cima para nós observarmos o paciente, tinham um vaso sanitário daqueles de chão e um colchão, não existia cama. Para realizar a medicação injetável, era preciso entrar mais de um enfermeiro dentro do cubículo e se necessário continha o paciente. Para o banho, o paciente era retirado de lá de dentro e depois a equipe de enfermagem o colocava lá dentro novamente. A porta era bem reforçada para que ele não pudesse arreventá-la. Parecia uma cadeia, um isolamento de solitária mesmo. Mas o paciente ficava bem, não passava fome, nem frio, a higiene era feita. A única coisa era que ele estava fechado, só saía no horário do banho. O paciente muito agitado, que agredia outro paciente ou um funcionário, era encaminhado para esses locais. Não era um castigo, era um isolamento porque ele não tinha condição de ficar na unidade. Geralmente ele não queria ir para lá, tinha medo, ninguém quer ficar fechado, então ia à força. Lá ele ficava isolado por sete dias, às vezes, conforme a situação até mais tempo. A intenção era que ele refletisse, se acalmasse. Depois voltava para a unidade.” (C4)

“Vivenciei o tempo da solitária. O cubículo era uma forma de se defender do paciente agressivo, pois a medicação ainda era fraca, não tinha como fazermos muita coisa, então havia aqueles cubículos resistentes, eram feitos de madeira resistente, com portas de ferro. O paciente era colocado no lençol de contenção e jogado para dentro do cubículo. Ali havia um banheiro do lado, às vezes, havia banheiro turco onde os pacientes podiam fazer suas necessidades, e a cama era de cimento, com um colchão em cima. Luz nem sempre tinha, no cubículo no [hospital psiquiátrico X] , por exemplo, não tinha luz. Eu não peguei a época de cubículo aqui no hospital [campo deste estudo], mas o cubículo aqui era diferente, era tipo um quartão. Inclusive lá no fundo de uma das unidades femininas dá para ver aquelas portas de espessura bem

grossa com buraquinhos na janela, eram cubículos. Mas houve cubículo diferente desses daqui. O cubículo lá no [hospital psiquiátrico X] era pequenininho mesmo. O paciente ficava lá dentro duas, três horas, dependendo do paciente e do humor do funcionário, porque essas coisas muitas vezes não eram fiscalizadas por outros profissionais. Havia momentos em que o paciente enchia o saco e era levado ao cubículo. Eu mesmo cheguei a fechar paciente de madrugada no cubículo.” (C1)

Em uma pesquisa realizada no Estado do Paraná, que investigou como a família vivencia o tratamento da pessoa com transtorno mental, um dos participantes verbalizou ter tido a experiência de ficar isolado dentro de um cubículo após ter se desentendido com outro paciente. Ele mencionou que no período de reclusão não era possível alimentar-se nem ingerir líquidos. A pessoa perdia totalmente a noção espacial e temporal, e, ao ser retirada daquele local, estava confusa e desorientada (BORBA, 2010).

Austregésilo Carrano, ao discorrer sobre o cubículo em que chegou a ficar por quase cinco dias em um hospital psiquiátrico, o descreveu como um lugar imundo, com aproximadamente 4m², a porta tinha uma pequena abertura, havia um “banheiro” no chão, um acolchoado e uma espuma que servia de colchão, ambos sujos. Ele era colocado ali dentro somente de cueca (CARRANO, 1993).

A Portaria MS nº. 224, de 29 de janeiro de 1992, na perspectiva de viabilizar a humanização da assistência e a preservação da cidadania da pessoa com transtorno mental nos hospitais psiquiátricos, entre outras coisas, proibiu a existência de “celas fortes” (GUIMARÃES *et al.*, 2010; BRASIL, 2004a). Esse aparato legal foi atualizado pela Portaria GM nº. 251, de 31 de janeiro de 2002, que mantém a proibição desses espaços restritivos (BRASIL, 2004a), prática que propicia exclusão e sofrimento para o paciente internado.

4.3.6 Praxiterapia

Outro tipo de tratamento narrado pelos colaboradores foi a praxiterapia. As pessoas internadas, que tinham condições, desempenhavam tarefas laborais, tais como atividades de horticultura e criação de galináceos e suínos,

sob a orientação de funcionários. Essa prática possibilitava uma ocupação aos pacientes, conferindo uma ação terapêutica, tendo sido muito empregada até a década de 1980 como um instrumento de exploração de trabalho.

“Desde a época em que eu entrei aqui até o final de 1980, também havia as colônias de trabalho, que se chamavam de praxiterapia. [...] Os pacientes eram escravos. Havia o feitor e os escravos trabalhando lá pra ele. O feitor era o [nome do funcionário]. Ele era um funcionário antigo. Era um interno se eu não me engano, que se tornou um funcionário. Era o que mais judiava dos pacientes. Os pacientes eram obrigados a plantar, criar porcos, galinhas. Quando não desempenhavam bem as atividades, sofriam represálias. Eles ficavam com os dedos cheios de bichos. O que se visava era mais ao trabalho, ao lucro, o trabalho não tinha efeito positivo na terapia do paciente. Os porcos que eles criavam, por exemplo, eles não podiam comer, eram dados ou vendidos. Pouca coisa ia para eles. Os pacientes que participavam dessa atividade eram aqueles crônicos que conseguiam produzir alguma coisa, os que não conseguiam não iam. Os selecionados não tinham muita opção, eram levados para trabalhar. Às vezes, trabalhavam com dor.” (C3)

“A horta terminou em 2000 mais ou menos, mas nessa época ela já estava bem reduzida e o funcionamento era totalmente diferente. Quando ela era ativa mesmo, na década de 1980, ela era enorme, pegava toda a área do lado de cima do hospital, inclusive quem comandava as atividades eram ex-pacientes. Eu levava os pacientes para lá. Eles carpavam, plantavam, regavam, colhiam. Eu achava que era bom porque era uma forma deles se ocuparem, mas por outro lado penso que era um esforço muito grande para eles, pois muitas vezes as pessoas que comandavam aquelas atividades se aproveitavam muito deles. O [nome do funcionário], que hoje já se aposentou, agredia pacientes, chicoteava. Ele fazia o paciente trabalhar mesmo. Sobre a renda eu não sei dizer como funcionava, eu não me lembro.” (C4)

A praxiterapia é uma técnica de tratamento que consiste no uso terapêutico do trabalho. No Brasil, esse tipo de terapia foi oficializada em 1890 com a promulgação do Decreto nº. 206-A, que aprovou instruções para a

assistência médica legal aos alienados. Nota-se que esse aparato se destinava aos “alienados indigentes”, capazes de trabalhar na agricultura e indústrias, as colônias (CANABRAVA *et al.*, 2010; BRASIL, 1890).

A criação desses estabelecimentos teve como principal motivo solucionar os problemas de superlotação de pobres e miseráveis no Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro. No entanto, havia também o interesse terapêutico em proporcionar um tratamento fundamentado no trabalho, especialmente em atividades de agropecuária e produção artesanal (CANABRAVA *et al.*, 2010).

O desenvolvimento de atividades laborais como forma de terapia foi uma das mais importantes aplicações de tratamento moral. Inúmeras instituições psiquiátricas do tipo colônias de alienados foram originadas em todo o Brasil. A ideia era que os portadores de transtornos mentais pudessem trabalhar nesses espaços, sobretudo na lavoura, pois o trabalho os recuperaria (AMARANTE, 2006).

Em um estudo sobre as terapias utilizadas em um hospital psiquiátrico em Santa Catarina entre os anos de 1941 e 1961, a praxiterapia também foi mencionada. Tratava-se de um recurso que visava a ocupar integralmente o tempo dos portadores de transtorno mental. Eles desenvolviam atividades do cotidiano hospitalar que eram permitidas tanto pelos seus graus de periculosidade, como pelas suas condições físicas e aptidões individuais (BORENSTEIN *et al.*, 2007).

Por meio da praxiterapia, o trabalho era visualizado como uma forma de introjetar no portador de transtorno mental a atenção, a coordenação dos atos, a obediência, entre outras qualidades. As atividades laborais eram desempenhadas em vários setores da instituição, como serraria, olaria, carpintaria, suinocultura, agricultura, capinação, lavanderia, costura, cozinha e limpeza (BORENSTEIN *et al.*, 2007).

O trabalho agrícola realizado na própria gleba, ao redor da instituição, era o que mais se sobressaía. As tarefas desenvolvidas na lavoura, o exercício físico, a camaradagem, o convívio e até mesmo os pequenos incidentes e imprevistos consistiam em itens benéficos para a saúde dos portadores de transtornos mentais. Comumente, os trabalhadores da enfermagem acompanhavam os pacientes na realização das atividades e também

contribuíam ao sugerir aos médicos aquelas pessoas que mais poderiam se beneficiar com o desenvolvimento de atividades laborais e que tinham condições para realizá-las (BORENSTEIN *et al.*, 2007).

Apesar das características positivas da praxiterapia ressaltadas pelas autoras supracitadas, as falas dos colaboradores C3 e C4 externaram o mau emprego dessa técnica até a década de 1980. Ela era uma condição imposta para os pacientes, que visava à produtividade. Pessoas chegavam a ser açoitadas, assemelhando-se a escravos.

Se por um lado a praxiterapia foi criada para exercer ação terapêutica mediante a ocupação e o contato do portador de transtorno mental com a natureza, a exemplo de várias outras terapias mencionadas até esta etapa deste estudo ou em outras pesquisas, ela trouxe resultados muito mais iatrogênicos do que curativos e de reabilitação devido a seu mau uso tanto por profissionais da enfermagem quanto por médicos e donos de hospitais.

O colaborador C3 deixou explícito o uso da praxiterapia como mão de obra escrava, em que o produto do trabalho do portador de transtorno mental era simplesmente dado a outrem ou vendido, sem que para ele nada retornasse em forma de consumo ou de lucro. Dentre outros aspectos negativos também apontados por esse colaborador estão o fato de o paciente se tornar um funcionário e repetir os maus tratos recebidos outrora e o descaso com relação ao desgaste físico e à dor do portador de transtorno mental. Isso contradiz o aspecto de que as pessoas selecionadas para desenvolver a praxiterapia seriam somente aquelas com condições físicas, contestando o cunho terapêutico da ocupação.

4.3.7 Lençol de contenção e camisa de força

Os colaboradores externaram que até a década de 1990 a contenção física era muito empregada por meio do lençol de contenção, também denominado de jacaré. Ao discorrerem sobre esta técnica, simultaneamente intercalavam informações sobre a camisa de força. Para eles o lençol de contenção tinha como aspecto positivo poder ser realizada rapidamente, mas chegava a machucar os pacientes. A camisa de força ou colete, por sua vez, conferia ao indivíduo contido grande risco de quedas. De acordo com os

colaboradores, essas técnicas foram adotadas ou tiveram seu uso intensificado a partir da extinção dos cubículos.

“Quando foram extintos os cubículos, no final de 1980, adotou-se o lençol de contenção, aquele jacaré que tem duas aberturas para as mãos e duas para as pernas. Era amarrado na cama, tinha fivelas largas para amarrar, ficava bem firme, muitas vezes colocava uma proteção, como uma fronha. Mesmo se o paciente ficasse muito agitado, ele não tinha como sair. Havia alguns que tentavam sair, uns fortinhos que conseguiam arrebentar. Daí a gente colocava dois, um por cima do outro. Os pacientes ficavam no lençol de contenção até dias, às vezes. As necessidades fisiológicas eram feitas tudo ali, depois quando retirava o lençol de contenção era dado o banho, realizada a higiene. Daí ficava observando se resolveu, ou se não resolveu”. (C3)

“O lençol de contenção era de lona, não era aquele só nos braços. Esta, a camisa de força, nós fazíamos somente em pacientes que precisavam mesmo utilizar e para circular, mas daí tinha que alguém ficar junto, pois ela é mais perigosa, porque se você deixa o paciente andando, ele pode cair e se machucar. O lençol de contenção era terrível, foi uma das piores contenções, judiou muito do paciente. Quando o paciente era obeso, ele se machucava por causa do braço muito gordo. Eu não gosto nem de lembrar. Lembrei-me de uma coisa agora, que tinha sido apagada. Hoje os pacientes são calmos. Naquela época não, eles eram muito agitados. O paciente tinha que ficar muitas horas contido. Nós tivemos uma paciente que a enfermagem, infelizmente tenho que dizer isso, que foi culpa da enfermagem, que realizou uma contenção e simplesmente a deixou. Quando foram ver, parte do braço da paciente já estava necrosado, quase que ela perdeu o braço. Olha a que ponto a enfermagem chegou! Eu vi muitas coisas nesse sentido aqui.” (C5)

“Como contenção física, utilizávamos o colete e o lençol de contenção. O colete era colocado em pacientes que se autoagrediam, eles ficavam apenas com os braços amarrados, conseguiam andar, só que era perigoso porque podiam cair, então a enfermagem precisava ficar atenta. Já o lençol de contenção continha a pessoa na cama. O paciente ficava deitado, vestíamos

nele uma lona com braçadeiras de couro e fivela que prendiam as pernas e os braços no leito. Colocávamos ali uma proteção para não garrotear os membros. Só que a pessoa não podia ficar contida dessa forma por muito tempo, então, para não machucá-la, logo que o médico a sedava, retirávamos o lençol de contenção. Quando um paciente, mesmo após a medicação não dormia, conversávamos com ele, se estivesse calmo, removíamos a contenção. Mas eu me lembro de muitos casos de soltarmos o indivíduo e imediatamente termos que contê-lo novamente. Era soltar e ele nos agredir.” (C6)

“Até a década de 1990 o lençol de contenção foi muito utilizado aqui no hospital [campo deste estudo]. Ele era como um colete feito de uma lona grossa que você veste no paciente e o amarra na cama. Tinha aberturas nas quais se colocavam a cabeça, as pernas e os braços e as correias com fivela para atar. O lençol de contenção tinha alguns aspectos bons. Um deles era poder tirar rápido o paciente da contenção, no máximo em dois ou três minutos.” (C1)

“[...] os lençóis de contenção [...] eram feitos de lona e tinham somente aberturas para a cabeça e os membros superiores e inferiores. Amarrávamos no leito. Esses lençóis foram trocados posteriormente pelas atuais faixas. Mas naquela época a contenção não era realizada com uma técnica, não tinha o grupo de 8. O termo utilizado pelos profissionais não era conter, mas sim amarrar, por na corda [risos]. Eles simplesmente iam e seguravam o paciente. Também não havia o cuidado de ter a prescrição médica e nem de fazer um monitoramento.” (C2)

A camisa de força ou colete de força foi introduzida por Pinel no século XIX e substituiu as correntes, algemas e celas fortes utilizadas nos manicômios. Esse recurso foi considerado uma forma de contenção física menos dolorosa, mais transitória e menos excludente que os dispositivos que existiam naquela época (PESSOTI, 1996).

Durante mais de 50 anos, a camisa de força foi utilizada no tratamento psiquiátrico. Ela foi amplamente empregada no Brasil. Era confeccionada com tecido do tipo lona resistente, possuía mangas muito compridas e fechadas, que eram amarradas nas costas. O paciente permanecia amarrado, imobilizado

e inofensivo (BRASIL, 2005a).

Ao imobilizar somente os membros superiores, a camisa de força permitia que a pessoa não ficasse restrita ao leito. No entanto, esse tipo de contenção aumentava o risco de quedas e ferimentos, especialmente no rosto, uma vez que prejudicava o equilíbrio e diminuía a possibilidade de o paciente se proteger com os braços ao cair (SILVA, 199?).

Tais apontamentos condizem com as falas dos colaboradores. Além disso, também podem ser observados os resultados de uma pesquisa que teve como objeto de estudo a contenção física, realizada com profissionais de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Os participantes mencionaram que quando a camisa de força era utilizada, comumente acontecia de o paciente cair e se machucar, sendo necessária muitas vezes a sutura. Outra ressalva que fizeram foi que essa modalidade de contenção não evitava por completo que a pessoa agredisse a outras, pois, como os membros inferiores ficavam livres, eles poderiam ser usados (PAES, 2007).

Quanto ao lençol de contenção, ele era confeccionado de lona grossa e tinha correias de couro. Ele oferecia um contato desagradável ao indivíduo contido e transmitia uma mensagem de medo e agressividade, revelada por pacientes ao apelidá-lo de “arreio” (SILVA, 199?).

Na pesquisa mencionada anteriormente, os profissionais de enfermagem também falaram sobre esse instrumento. Eles fizeram colocações que vêm ao encontro do que foi exposto pelos colaboradores. Contaram que o lençol de contenção tinha uma estrutura física muito rudimentar, pesava bastante sobre o paciente, o incomodava e muitas vezes lhe causava ferimentos. Não obstante, esse tipo de contenção era uma técnica boa e fácil, pois, segundo os sujeitos, era realizada de forma rápida (PAES, 2007).

4.3.8. Enfaixamento

De acordo com os colaboradores, anteriormente ao ano de 2005, também era realizada a contenção molhada, que se tratava do uso de duas faixas umedecidas com água morna seguidas de duas secas. Essas últimas mantinham o corpo aquecido, fazendo alusão ao útero materno.

“No hospital, também houve por um tempo a contenção molhada. [...]. Consistia em passar duas faixas molhadas com água morninha e depois duas secas para manter o aquecimento. Parecia um útero materno. Esse tipo de contenção acabou mais ou menos em 2005.” (C3)

“Até cinco anos atrás, aplicávamos a técnica de enrolar duas faixas mornas no paciente, seguida de duas secas e por fim uma faixa para conter a pessoa no leito. Ela ficava toda envolvida, era feito um charuto do paciente. Ele ficava assim por três horas para se acalmar, relaxar, após esse enfaixamento, ele era medicado. Isso funcionava. A única coisa que esse tipo de procedimento ocasionava era um desconforto muito grande para aqueles pacientes que não colaboravam em ficar na posição correta. Eles precisavam se manter retos, com as mãos também retas, caso não permanecessem dessa maneira, ficavam enfaixados com os dedos todos tortos e tinham dores musculares.” (C4)

O enfaixamento é uma técnica de contenção na qual são utilizadas faixas embebidas com água morna, que propiciam uma ação miorrelaxante. O paciente fica apenas com peças de roupa íntima para que as faixas úmidas entrem em contato direto com sua pele. O uso de uma proteção entre as suas pernas é imprescindível para evitar lesões nas áreas de atrito (SILVA, 199?).

Para realizar o procedimento, envolve-se o paciente com as faixas umedecidas em água morna da região dos tornozelos até os ombros, retornando aos tornozelos. A seguir, a operação é repetida com faixas secas. Essa técnica é desenvolvida com oito participantes. Quatro de cada lado do leito giram o corpo da pessoa que está sendo enfaixada de um lado para o outro, em silêncio. Esses movimentos, que se assemelham ao embalo de um berço, também a ajudam a se tranquilizar. O paciente é então coberto com cobertor, sendo oferecido a ele um travesseiro. O ambiente deve ser mantido em silêncio e com pouca luminosidade. No momento em que as faixas são retiradas, o paciente é colocado em pé. Há restrições da realização desse tipo de contenção em pessoas com risco de convulsão, como epiléticos ou por uso abusivo de álcool ou outra droga (SILVA, 199?).

4.3.9 Contenção no leito com faixas de algodão

A contenção física no leito por faixas de algodão foi outra técnica mencionada pelos colaboradores, que, inclusive, perdura até os dias atuais. Entretanto, devido às mudanças decorrentes da reforma psiquiátrica, eles explicitaram que ela não é utilizada de primeira escolha. Ela é aplicada para a proteção do paciente, de outros indivíduos e para a pessoa contida ter um tempo para pensar em seus atos. Esse procedimento é de indicação médica. Alguns cuidados durante a contenção foram advertidos pelos colaboradores, tais como a realização correta da técnica, o monitoramento constante do indivíduo contido, a verificação dos dados vitais e das condições circulatórias e a avaliação pela supervisão de enfermagem.

“Atualmente, a contenção mecânica é realizada com faixas para assegurar a integridade física do paciente, para proteção do outro e também em casos em que o usuário está muito angustiado e não consegue parar e ter um tempo pra ele. Todas as contenções são realizadas com indicação médica. Quando há uma situação de agressividade, em que o paciente está agitado, batendo, quebrando, a enfermagem faz a técnica, mas imediatamente o médico é avisado para prescrever. Daí a supervisão de enfermagem vai lá, vê todos os cuidados, como é que está a circulação do paciente, o estado geral dele. O tempo de contenção é no máximo de três horas. Mas o paciente, às vezes, está muito agitado e pode ultrapassar esse período com monitoramento e acompanhamento constante.” (C2)

“É importante todo um cuidado para conter o paciente, porque a contenção tem que ser terapêutica, ela não pode ser feita por birra, do tipo “não gosto de você então vou te conter”. Quando uma pessoa é contida, o enfermeiro supervisor precisa ver, fazer uma avaliação, o médico também avalia, prescreve a contenção, prescreve medicação se necessário, o enfermeiro carimba, faz prescrições de enfermagem, então é uma coisa legalizada e organizada. [...]. Alguns cuidados são importantes, como conter o paciente sempre o mais próximo do posto de enfermagem, não deixá-lo sozinho, procurar olhá-lo a todo o momento, verificar sinais vitais, observar se ele está bem, se está tendo

resposta e caso continue muito agitado é importante chamar o médico para ver se não há necessidade da prescrição de uma medicação; não dar líquidos ou alimentos e cuidar para que os demais pacientes também não deem.” (C1)

“A contenção é em último caso que fazemos. [...]. Penso que qualquer contenção maltrata o paciente. Eu particularmente odeio fazer contenção. Hoje nós fazemos contenção só em último caso e com cuidado. Na hora em que se faz uma contenção, se for um paciente muito agitado, é preciso fazer de forma rápida e às vezes fica de mau jeito. Mas logo quando o paciente se acalma a obrigação da enfermagem é amenizar essa situação, ver como está a contenção e arrumá-la. [...]. Aqui nós fazemos uma por mês, é muito raro ter. Às vezes não ocorre nenhuma no mês. E é em uma unidade de agudos, que deveria ter um monte.” (C5)

“Há sete anos começou a se utilizar a técnica de contenção normal [...]. Geralmente o paciente que está ansioso, apresentando um quadro de agitação, é medicado e, se preciso, contido. A contenção é realizada no leito, a pessoa é enfaixada sobre a cama. [...]. A técnica é feita pela enfermagem, às vezes algum outro paciente colabora, usamos também os vigilantes do hospital por falta de outro funcionário para ajudar, pois há momentos em que estamos sozinhos e o paciente está muito violento. Em algumas ocasiões, o paciente a ser contido vai para o leito espontaneamente, deita e a gente o contém. Há casos em que os próprios pacientes pedem a contenção. É importante saber fazer a técnica. Não podemos garrotear os membros do indivíduo. Mas ainda há profissionais que não sabem fazer, que fazem o nó errado, às vezes força demais. Já foram vistos pacientes aqui que estavam com as faixas muito apertadas nos membros, que não estavam mantendo a circulação adequada. Imediatamente após a contenção o médico faz uma avaliação. O paciente é medicado. O tempo de duração da contenção é de uma hora e meia, duas horas. Nesse período, temos um controle da PA, que às vezes é feito, às vezes não é feito, depende das características do paciente, da necessidade, se ele é hipertenso. Não podemos deixar a pessoa contida sozinha, a todo o momento temos que observá-la, por isso é importante realizar a contenção no leito mais próximo do posto de enfermagem. Não podemos deixar um paciente cuidando

daquele que está contido. Houve uma época em que era realizada uma escala de pacientes para cuidar de uma pessoa na contenção. Cada um que cuidava ficava por 30 minutos ao lado do paciente contido, observava e era instruído a não dar líquidos a ele, somente umedecer seus lábios com uma gaze molhada. Os demais pacientes não tinham acesso à enfermaria em que tinha sido realizada contenção, caso fosse preciso, trancávamos a porta para manter o isolamento. Em algumas unidades havia um local adequado, um quarto separado para a contenção. Agora não, agora é a enfermagem que cuida. Devemos estar atentos para a situação geral do paciente, não deixar que os outros indivíduos internados deem líquidos para ele durante a contenção e verificar se ele está tendo resposta, caso ainda permaneça agitado, chamamos o médico para fazer uma nova avaliação.” (C4)

Como medida terapêutica a contenção física deve ser realizada somente como último recurso, quando foram esgotadas as tentativas de acalmar o paciente pela abordagem verbal (ESTELMHSTS *et al.*, 2008). Esta técnica envolve o uso de dispositivos mecânicos ou manuais para limitar os movimentos do paciente para proteger a ele próprio ou a outras pessoas, de ferimentos (STUART; LARAIA, 2001). Em vários serviços de saúde mental, esse recurso é empregado sem nenhuma técnica, o que expõe à situação de risco tanto o paciente envolvido, como os demais pacientes e os profissionais (SIQUEIRA JÚNIOR; OTANI, 1998).

Ao empregar a técnica de contenção física no leito com faixas de algodão, são utilizadas no mínimo quatro faixas de aproximadamente 12 m de comprimento por 40 cm de largura, com tiras finas em uma das extremidades. Cada uma deverá ser laçada em um dos membros do paciente e a seguir as faixas são passadas sobre ele e por baixo da cama. As que estão presas em seus membros superiores devem vir dos ombros até o abdome e as que prendem seus membros inferiores, dos tornozelos até a cintura (CURITIBA, 2002).

Em uma pesquisa desenvolvida em uma instituição pública especializada em psiquiatria no Paraná, com 20 profissionais de enfermagem, que investigou como ocorria a contenção física para paciente em hospital psiquiátrico, os sujeitos mencionaram o uso desse instrumento como

terapêutico, que deve ser utilizado em situações de agitação psicomotora, agressividade e quando há necessidade de estabelecer limites. Para eles, o uso desse tipo de contenção propicia, na maioria das vezes, resultados positivos, como a diminuição da ansiedade e a liberação dos sentimentos de raiva. Além disso, houve relatos que em algumas situações essa técnica acaba por dispensar o uso de medicamentos e confere tempo para a pessoa contida repensar suas atitudes, sua vida e até externar sentimentos não mencionados em outros momentos (PAES *et al.*, 2009).

Ainda, na pesquisa referida, os sujeitos também externaram a preocupação com o uso de faixas apropriadas para a realização da contenção e ressaltaram cuidados de enfermagem necessários, como vigilância contínua do indivíduo contido, conforto, proteção, avaliação na presença de comorbidades clínicas e obstétricas, controle de sinais vitais e perfusão sanguínea e avaliação do enfermeiro (PAES *et al.*, 2009).

4.4 O COMPORTAMENTO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E A PRECÁRIA TERAPÊUTICA RECEBIDA NO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO

Os colaboradores relataram que o nível de agitação dos pacientes era excessivo e que eles se assemelhavam aos animais. Era comum a prática de maus tratos, descuido e descaso por parte de alguns funcionários.

“Era muita gente. A agitação era muita. Foi uma época difícil. Tínhamos que sempre estar de olho em todo mundo. Era difícil dar muita atenção para os pacientes, não dava para ficarmos conversando. Então, por exemplo, você estava aqui conversando com um paciente, mas já estava de olho em outro, aí ocorria uma agitação e você tinha que olhar. Era briga, era uma agitação muito grande. Eram gritos, gritos, gritos. De noite, eram gemidos e gemidos fortes.”
(C4)

“[...] trabalhei quatro anos em uma ala com 70, 80 pacientes epiléticas. Foi muito difícil. Elas se machucavam muito. As pacientes epiléticas por si próprias já são agressivas, mas doentes mentais ainda. Nossa, como essas mulheres

eram violentas, se autoagrediam, faziam cortes, até mesmo com um banco, uma colher ou uma caneca, todo dia havia várias suturas. Às vezes, quando abríamos a porta, encontrávamos alguém morto ou sangrando. Aconteciam muitas mortes, inclusive de frio. [...]. Nos meus primeiros quatro anos de trabalho no hospital, eu passei por algumas dificuldades porque eu era jovem, tinha 20 anos, então eu me sentia a dona da verdade. Tive aquela fase em que você se sente a dona, que acha que pelo fato de você ter a chave, você pode tudo. Passei por várias experiências de estar na unidade e um paciente precisar de alguma coisa e eu gritar com ele ou nem dar bola. Daí um dia, em 1978, depois que fui grossa com uma paciente, ela disse assim para mim: “Você está mais calma, agora?” Eu respondi que estava e indaguei por que ela havia me perguntado aquilo. Então ela disse: “Porque quando eu fui falar com você, você gritou comigo, mas desculpa, é só você que eu tenho”. Isso me desmoronou, eu caí na real e chorei muito. Aquilo para mim serviu até hoje, porque ela tinha razão. Às vezes nós pensamos que pelo fato de termos chave na mão, podemos tudo, mas não podemos. Então eu tive muitas experiências, de tudo um pouco. [...]. Eles [refere-se aos pacientes do hospital campo deste estudo] eram que nem animais, agitados, faziam xixi e cocô no meio do pátio e das enfermarias. As unidades eram muito sujas, porque ninguém venciam limpar. Meu Deus do céu! Era um horror! Eles rasgavam tudo, detonavam tudo. [...]. Eu vi muita coisa desumana, desumana mesmo. Não sei como que esses funcionários se sentem hoje e como sempre vão se sentir, alguns já saíram daqui, outros estão aqui ainda. [...] Eu via pessoas fazerem contenção no paciente como se ele fosse um animal, ajoelhava em cima dele, o asfixiava. Nossa! Vi coisas horríveis. Mas não dava nem pra falar.” (C5)

“Antigamente era péssimo, horrível. O tratamento era muito desumano. Os pacientes não eram tratados como seres humanos, mas como bichos. Aconteceu de vários morrerem. Eu não estava aqui na época, mas meus pais contam que naquela neve que deu em meados da década de 1970 morreu um monte. Por causa do frio os pacientes ficavam amontoados para tentar se aquecer. Os mais fracos iam morrendo. [...]. Existiam maus tratos com pacientes, aconteciam muitas agressões. Um tipo de agressão era a borracha. Era um borrachão assim [mostrou com as mãos um comprimento de

aproximadamente um metro]. Alguns funcionários, não eram todos, chicoteavam os pacientes com isso, davam neles. Também batiam com as mãos, empurravam, beliscavam, chutavam. Isso na verdade sempre aconteceu, não faz muito tempo não, acredito que de uns dez anos para cá é que deu uma aliviada, parou de acontecer. Houve várias histórias aí também de funcionários que foram agredidos por pacientes. [...] antes a coisa era meio solta, se o paciente fosse procurar pra comer ele comia, senão não comia.” (C3)

“A agitação de pacientes era o dia inteiro, meu jaleco nunca tinha botão, porque o doente arrancava tudo, isso quando nós não levávamos uma na cara, porque eu cansei de levar, eu fiz até raspagem em um dos meus olhos porque um paciente me agrediu. Foi assim, eu tinha uma mania de fazer ronda noturna para ver se todos estavam dormindo, então eu ia de cama em cama olhando sem acender a luz para não acordar ninguém, pois nós dávamos graças quando os doentes dormiam. Nessa de olhar um e outro, acabou que um paciente me pegou, eu não sabia nem quem ele era, tinha sido internado naquele dia. [...]. Eu sofri aqui no hospital [refere-se ao hospital campo deste estudo], mas não esmoreci. Quando entrei em 1979, eu tinha uma cabeça diferente do pessoal que já trabalhava, eu estava acostumado com o [nome de um hospital psiquiátrico] e o [nome de outro hospital psiquiátrico] nos quais eu já havia trabalhado, locais onde, por exemplo, nos horários das refeições todos os pacientes ficavam sentadinhos no refeitório, cada um tinha seu prato e talher. Aqui no [nome do hospital campo deste estudo] não era assim. Comecei do zero. Os pacientes não sentavam à mesa, comiam em pé. Pra eu conseguir colocá-los na mesa sentadinhos, comendo no prato, tomando café na caneca, não foi fácil. Eles não aceitavam, não queriam. Eu os chamava no refeitório, eu os colocava sentadinhos e dali a pouco eles passavam a mão no prato e iam para o pátio, não tinha jeito. Não estavam acostumados. Os profissionais não se importavam do paciente comer andando pelo pátio. Mas ele era um ser humano, tinha que comer sentadinho! Com o tempo conseguimos trazer os pacientes para a realidade, eles passaram a comer sentados, usar talher e prato, tomar banho e trocar a roupa. Em 1984, eu entrei em uma unidade feminina muito agitada. Por causa da agitação, o médico não conseguia entrar

lá, ele chegava na porta e as 70 pacientes iam em cima dele. Fiquei pensando o que é que eu poderia fazer para melhorar aquela situação. Então comecei a arrumar atividades para elas desenvolverem, pois ali não tinha o que fazer, elas ficavam só fechadas. O diretor do hospital cedeu um pedaço de terra para fazermos uma horta. Eu trazia do meu bolso sementes, adubos e ferramentas. Duas horas por dia, eu as levava para plantar alface, pepino, milho e outras coisas. Depois nós colhíamos, vendíamos e guardávamos o dinheiro para fazer uma festinha no natal. O hospital fazia uma coisinha, mas não dava um presentinho. Quando nós não íamos para a horta eu arrumava sacos de estopa, conseguia retalhos e as pacientes faziam tapetes. Eu cortava os fios, elas amarravam. Depois vendíamos para os funcionários, 10% do lucro eu dava para elas comprarem balas na venda e o restante ia para a caixinha pra festinha do final de ano. Quando chegava o final de ano, mandávamos fazer salgadinhos, docinhos e trazíamos refrigerantes. Uma semana antes do Natal eu entrevistava todas as pacientes para ver o que gostariam de ganhar, comprávamos os presentes e colocávamos um cartãozinho com o nome de cada uma. Assim, no dia de Natal, além da ceia, elas ganhavam o presentinho. Tudo isso acalma as pacientes, pois elas notavam que nós também tínhamos respeito por elas. Porque na época os profissionais deixavam meio largado, davam remédios, comida e pronto, as deixavam no pátio. Mas não era esse o nosso papel, elas eram seres humanos, tínhamos que valorizá-las. Eu me sentava com elas e conversava, conversava. Quando chegou um tempo, o médico já podia entrar, fazer um grupo, eu colocava todas sentadas, ele conversava com todas, não tinha agressão, começou a melhorar.” (C6)

Quando o hospício surgiu no Brasil, na metade do século XIX, ele era um espaço fechado, tinha uma única entrada, que era constantemente vigiada. Por ali o alienado não podia sair a não ser para passeios pelas redondezas, mas sempre acompanhado por enfermeiros. A vigilância era característica essencial do ambiente manicomial e uma tarefa básica do enfermeiro. Este trabalhador era considerado um agente intermediário entre o guarda e o médico (MIRANDA, 1994).

O hospício consistia em uma instituição disciplinar com vistas à reeducação do louco. A figura de autoridade nesse estabelecimento, que

deveria ser respeitada e imitada nesse projeto pedagógico, era a do médico. Os trabalhadores de enfermagem eram considerados atores coadjuvantes nesse processo, de maneira que cabia a eles executar a ordem disciplinar emanada dos médicos (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

O hospício também exigia repressão e controle, que eram aplicados para tornar os alienados politicamente docilizados. Tratava-se de realizar por meio da disciplina uma verdadeira pedagogia da ordem. A falta de estímulo no trabalho e o despreparo dos enfermeiros chegavam a gerar em suas relações com os alienados violência, luta e morte. Esses trabalhadores realizavam cotidianamente as atrocidades do espaço asilar: amarrar, conter, gritar, ofender, impor-se pela robustez física, proibir e aplicar medidas terapêuticas psiquiátricas prescritas, tudo a favor da pseudo ordem do hospital (MIRANDA, 1994).

Em “Diário do Hospício”, produzido por Lima Barreto em 1919-1920, o autor registrou minúcias do dia a dia manicomial que vivenciou quando esteve internado no Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro. Nessa obra, o escritor fez críticas à instituição, ao poder médico e abordou entre os temas dominantes a perda da identidade e da cidadania da pessoa institucionalizada, acrescida do abandono e da solidão (BARROS, 2007).

Mesmo após muitos anos do surgimento do hospital psiquiátrico no país, foram mantidas práticas assistenciais precárias no interior desse tipo de instituição. Um psiquiatra, militante da Reforma Psiquiátrica brasileira, contou que na década de 1970, quando era acadêmico de medicina, ao fazer estágio em um hospital-colônia de uma cidade no Espírito Santo, foi marcado por vivenciar uma situação trágica, de centenas de pessoas nuas, imundas, fétidas. Imagem e odor do abandono, da miséria e da solidão (AMARANTE, 2006).

Ao sair do Estado do Espírito Santo, o jovem imaginava que aquelas condições extremamente difíceis aconteciam porque aquele era um estabelecimento público, localizado em um município pobre, de um estado esquecido pelo desenvolvimento. No entanto, ao chegar ao Rio de Janeiro, ele se decepcionou ao deparar-se com circunstâncias semelhantes ou até piores. Nos hospitais psiquiátricos por que passou, encontrou pessoas em sofrimento mental, que eram excluídas e mal tratadas, e, além disso, descobriu presos

políticos internados e que eram torturados nessas instituições, deste modo pareciam estar em campos de concentração (AMARANTE, 2006).

Dessa forma, a situação dos hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro era a mesma do Espírito Santo e, posteriormente, constatou-se a existência de um modelo quase universal, predominantemente asilar e manicomial, com milhares de pessoas desamparadas em macroinstituições financiadas pelo poder público, fossem elas públicas ou privadas. Naquele tempo, os leitos privados já eram mais de 70 mil, todos custeados pelo setor público (AMARANTE, 2006).

Na obra “Canto dos Malditos”, de Austregésilo Carrano, o autor narrou sua história verídica de internações psiquiátricas, iniciada em 1974. Ele registrou que dentro dos diversos hospitais psiquiátricos pelos quais passou os pacientes viviam em situações subumanas. Retratou momentos de descuido e falta de atendimento por parte de médicos e dos profissionais da enfermagem. Estes últimos chegaram a ser caracterizados como “enfermeiros de pavio curto, que estão na profissão errada e que deveriam trabalhar como guardas de prisão”, “animais que usam uniforme branco” e “pessoas desqualificadas e grosseiras”. O autor externou que muitas vezes esses trabalhadores usavam agressão contra os internos: “vi-os agredir pacientes com o que tinham na mão, bandejas de injeção, socos e chutes”. Além disso, o autor criticou o uso excessivo e inadequado de medicamentos e outros tratamentos, como a eletroconvulsoterapia (CARRANO, 1993, p. 106, 115).

No final da década de 1970, em decorrência de denúncias ao duro e cruel cotidiano de uma instituição psiquiátrica, às violações aos direitos humanos das pessoas internadas, teve início o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que, após dez anos, transformou-se no Movimento da Luta Antimanicomial, o mais importante movimento social pela reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2006).

As narrativas dos colaboradores deste estudo dão fortes indicativos de que a manifestação de comportamentos, por vezes agressivo dos portadores de transtorno mental contra profissionais e outros que estão ao seu redor, é também reflexo ou resposta ao modo desumano e ao descaso com que foram e talvez ainda sejam tratados. As características mencionadas pelos colaboradores, como a agitação dos pacientes e as atitudes que os

assemelhavam aos animais, eram potencializadas pela falta de funcionários em quantidade e com qualificação, de atividades dentro das unidades assistenciais, de comunicação terapêutica, de atenção e de respeito aos pacientes.

4.5 DESCONSTRUINDO A LÓGICA MANICOMIAL: POTENCIALIDADES, LIMITAÇÕES E DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Os colaboradores em suas narrativas demonstraram que atualmente o âmbito do hospital psiquiátrico encontra-se mais bem organizado e mantém práticas que vão ao encontro de concepções que norteiam a reforma psiquiátrica.

As mudanças podem ser visualizadas desde o momento da admissão. Hoje em dia a instituição não recebe paciente para internação diretamente, pois a internação é feita através do Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), que funciona também como central de vagas, de modo que os internamentos são realizados somente com encaminhamento e avaliação.

Um dos motivos enfaticamente apontados para a contribuição da melhoria da assistência em saúde mental foi o aumento do número de trabalhadores no ambiente hospitalar, inclusive de novas categorias profissionais, como a terapia ocupacional e a psicologia. Esse investimento beneficiou os pacientes, tirando-os da inatividade dos pátios e das enfermarias das unidades. Eles, que recebiam basicamente tratamento medicamentoso, agora participam de diversas atividades individuais e grupais de psicoterapia, socioterapia, entre outras.

Além disso, o aumento no número de profissionais possibilitou a distribuição das tarefas assistenciais, dando condições a cada membro da equipe para assumir o seu papel. A enfermagem, por exemplo, que antes desempenhara diversas funções, até mesmo aquelas referentes ao serviço de copa e limpeza, agora possui tempo para realizar os cuidados de sua competência e com qualidade.

“[...] hoje que existe primeiramente a triagem realizada no Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), a central de leitos e vagas. [...]. Hoje tem médico, psicóloga, assistente social. Naquela época, não tinha nada disso. Era um assistente social pro hospital inteiro. O médico olhava na cara e medicava, o paciente praticamente não conseguia conversar com o médico. Hoje ele consegue.” (C3)

“[...] o Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM) ficou sendo nossa porta de entrada. A partir daí todos os internamentos passaram a ser realizados com encaminhamento e avaliação. [...]. Penso que a assistência em saúde mental tem melhorado e muito, não só na questão do cuidado de enfermagem, mas também por termos hoje em dia a atuação de outros profissionais. Porque antes faltava tanto enfermeiro, como psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. Então, é claro que com um maior investimento em profissionais de várias categorias, ficou mais fácil nós conseguirmos assumir nosso papel também na assistência.” (C2)

“Uma coisa positiva é que agora nós temos uma equipe de profissionais completa. Outrora só havia a enfermagem, o médico. Então todos os problemas éramos nós que tínhamos que resolver, fazíamos o serviço do assistente social, do enfermeiro, porque não existia enfermeiro nas unidades, só havia um para fazer todo serviço de chefia, e ele ficava na central, então, se precisasse falar com ele, tínhamos que ir lá. Hoje, temos vários enfermeiros [...]. Tem o doutor [nome do psiquiatra], a [nome da psicóloga] também. Então, hoje, nós da enfermagem temos muito mais tranquilidade, não saímos mais com a cabeça desse tamanho [mostra com as mãos distantes uma da outra] como antigamente. Naquela época, o paciente buzina aqui, ali e não tínhamos como resolver tudo, não conseguíamos. Hoje temos a equipe completa, então melhorou.” (C6)

A ampliação na equipe de saúde mental ressaltada pelos colaboradores vem ao encontro do enfoque da reforma psiquiátrica brasileira quanto à reorganização e o redirecionamento da atenção à saúde nessa área. A Portaria do MS 224/1992, ao regulamentar o funcionamento de todos os

serviços de saúde mental, estabelece que os recursos humanos dos hospitais especializados em psiquiatria devem conter, entre as categorias profissionais, enfermeiro, médico psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem, psicólogo, clínico geral, nutricionista e farmacêutico.

Soares (2007) traz que na perspectiva na reforma psiquiátrica, do redimensionamento da assistência em saúde mental, o quadro de profissionais também vem sofrendo alterações em sua composição. Observa-se a formação de equipes multidisciplinares, que contam com trabalhadores de diversas áreas do conhecimento, para o acompanhamento terapêutico da pessoa com transtorno mental.

As transformações atuais narradas pelos colaboradores na composição e na quantidade dos componentes da equipe interferem de maneira positiva no cuidado de Enfermagem e de toda a equipe ofertado aos pacientes. Houve uma grande mudança em relação às antigas práticas. Cada unidade tem um enfermeiro assistencial cuja responsabilidade é, entre outras coisas, de orientar os funcionários de sua equipe, realizar prescrições de enfermagem e desenvolver grupos para orientações a portadores de transtornos mentais com esclarecimento de dúvidas. Além de atentarem para os cuidados clínicos de verificação de sinais vitais, alimentação, higiene e medicação, utilizam como instrumentos terapêuticos a abordagem, a interação com os pacientes, a observação, a comunicação e a escuta. O trabalho de toda a equipe visa a estimular, resgatar a autonomia e humanizar. Hoje há intensificação de atividades recreativas, atendimento familiar e reuniões semanais para discutir o estado de cada paciente.

“A assistência de enfermagem na saúde mental, embora ainda precise melhorar, já melhorou bastante. Hoje o nosso papel é diferente. A gente vem trabalhando algumas mudanças no sentido da autonomia do paciente, ao fazer com que ele corte a barba sozinho e não ficar cortando a barba para ele, que ele tome banho sozinho e não ficar esfregando o sabão nele. Isso melhorou bastante.” (C1)

“Atualmente, conseguimos ter pelo menos um enfermeiro presente na equipe, para que ele possa apoiar o trabalho da equipe de enfermagem, acompanhá-la

e fazer as orientações necessárias, para que ela consiga realmente exercer as suas funções. [...]. Acredito que a maior mudança relacionada à enfermagem foi nesse sentido, de ver que ela não é apenas para seguir cuidados clínicos, de alimentação, medicação. Também faz parte do tratamento interagir com o usuário, ver com outros olhos, ouvir e observar. Hoje, a enfermagem estimula mais o paciente, trabalha no resgate da autonomia. Não é dar a comida na boca, mas é ir lá e fazer o usuário pegar no talher. Antigamente, não era assim, os funcionários faziam todas as atividades pelo paciente. Também temos conseguido fazer prescrição de enfermagem e desenvolver grupos com os pacientes. É muito importante que o enfermeiro possa se sentar com os usuários, fazer orientações e esclarecer dúvidas, porque muitas vezes o paciente entra totalmente perdido na unidade, em um ambiente que não é o dele, que é desconhecido, cheio de rotinas, com um monte de pacientes, uns melhores do que ele, outros piores, e ele acaba ficando ali. Então é fundamental ter um tempo para poder conversar com o usuário, porque aí não fica somente na questão de averiguar se a pessoa está comendo, bebendo, como estão os sinais vitais, essas coisas a que estamos acostumados referentes a prescrições que o médico faz e a equipe de enfermagem executa. Ao fazer uma abordagem, você se envolve mais com a equipe, pode fazer a partir disso prescrições e contribuir para a melhoria do paciente.” (C2)

“Atualmente, a gente vê o bem-estar do paciente, observa, administra medicamento conforme a prescrição. Antes, o tratamento da enfermagem visava muito pouco ao bem-estar do paciente. Muitos profissionais vinham marcar presença, para no final do mês receber. Hoje, os pacientes escovam os dentes três vezes por dia. São realizados constantemente cuidados com unha, cabelo e barba. [...]. Agora eu consigo conversar muito com os pacientes. [...]. Outra coisa é que bem no início não havia atividades recreativas. De uns dez anos para cá mais ou menos, com a entrada de novos profissionais no hospital [...], começaram a ocorrer esses tipos de atividades. Já foram realizados vários passeios com os pacientes. Eles foram para a serra da Graciosa, para a praia, diversos lugares. Sempre tem festinha também, de Páscoa, de Natal, tudo. Também tem as atividades com o pessoal da terapia ocupacional.” (C3)

“Hoje é totalmente diferente. Não se veem mais as atitudes que certos profissionais tinham antes. [...]. Agora a forma de se portar com o paciente é diferente. O tratamento é mais humanizado. A medicação é mais dosada e também se usa menos, pelo fato de conversar mais com o paciente, ter mais atividades. [...] hoje o paciente tem uma série de outros complementos. Atualmente há as terapias ocupacionais, as atividades dentro da unidade, o atendimento familiar semanal. Tudo isso é importante para o paciente, é um incentivo. Ao ser incentivado, ele se mantém melhor. Ele não precisa só do remédio.” (C5)

“O trabalho melhorou muito em vista do que era antigamente. Eu vejo que houve um ganho significativo de 1981, ano em que comecei a trabalhar aqui, até agora, em 2010. Digo isso no sentido do resgate familiar, da melhora nos cuidados de enfermagem, da melhor qualidade da assistência em decorrência de novos profissionais, como os chefes de enfermagem, os psicólogos, os assistentes sociais, as terapeutas ocupacionais. Hoje, cada unidade assistencial há uma equipe de saúde mental. Temos as reuniões semanais para discutir os casos. Antes não, os cuidados baseavam-se apenas em banho, medicação e contenção em caso de agitação. As atividades recreativas têm sido utilizadas como importantes terapias para os pacientes. [...]. Temos feito vários passeios. Quando eu estava na unidade 3, íamos para serra e fazíamos piquenique com os pacientes. Os funcionários da cozinha participavam, levavam churrasco, maionese e refrigerante. Tinha até um rio lá onde os pacientes se banhavam. Era gostoso. Aqui na unidade 1 masculina, até o ano passado a [nome de uma psicóloga] e outros funcionários levavam todas as quintas-feiras os pacientes até a barragem, ficavam passeando nos arredores do hospital. Era legal, valeu a pena, os pacientes cantavam, dançavam, era muito bom para eles.” (C4)

“Agora nós estamos com o paciente, escutamos a queixa dele, encaminhamos para o serviço social, para o enfermeiro responsável, temos aqui o [nome do enfermeiro], que faz grupos com os pacientes que são uma beleza, porque ele agarrou isso mesmo firme, na verdade toda a equipe. (C6)

Atualmente há uma preocupação em ministrar aulas sobre o relacionamento terapêutico e a comunicação terapêutica no ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental nas escolas de enfermagem brasileiras (BARROS, 2000; KANTORSKI *et al.*, 2005; MAFTUM; STEFANELLI, 2000; MAFTUM, 2004). Estudos desenvolvidos desde os anos de 1952 ainda são os que contribuem significativamente na escolha dos conteúdos da prática de alguns docentes, dentre eles destacam-se os de Peplau e Travelbee (BARROS, 2000).

A grande contribuição de Peplau para a enfermagem ocorreu em 1952 quando foi publicada sua obra “Relações Interpessoais em Enfermagem”. Na época dessa teórica, os estudos existentes compreendiam o comportamento humano com base na teoria psicanalítica. Nesse sentido, sua teoria foi influenciada por personalidades que abordavam essa temática, como Freud, Sullivan e Miller (TOMEY, 1994).

Peplau conceituava a enfermagem como um terapêutico e significativo processo interpessoal (FAWCETT, 2005; GEORGE, 1993), uma relação humana entre a pessoa que está acometida por alguma doença, ou que precisa de serviços de saúde, e uma enfermeira especialmente preparada para reconhecer e responder a essa necessidade de ajuda (GEORGE, 1993).

Para Joyce Travelbee, por meio do estabelecimento do relacionamento interpessoal, o objetivo da enfermagem é alcançado. Essa teórica considerava a enfermagem psiquiátrica um processo interpessoal, mediante o qual o enfermeiro ajuda uma pessoa, família ou comunidade com o objetivo de promover a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade e o sofrimento mental e, se necessário, contribuir para descobrir um sentido para estas experiências (TRAVELBEE, 1979).

Conforme Peplau e Travelbee, a retomada das relações com o mundo externo do portador de transtorno mental favorece a existência de uma interação entre o enfermeiro e o paciente. Essa interação possibilita a troca de experiências para sanar dúvidas, emergir recursos internos para enfrentamento dos problemas e fazer com que o sujeito se reconheça e participe do seu tratamento (KANTORSKI *et al.*, 2005).

Ainda que ambas as teorias referenciadas anteriormente careçam de atualizações e isso seria impossível já que as autoras são falecidas, estudos

mostram que elas continuam a contribuir na eleição dos conteúdos sobre comunicação, relacionamento interpessoal, respeito ao cidadão, cuidado humanizado, entre outros. Essas teorias têm o foco na pessoa e não na doença (LEOPARDI, 2006; ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005; BORILLE, 2008; LINARD; PAGLIUCA; RODRIGUES, 2004; CHISTÓFORO; ZAGONEL; CARVALHO, 2006; WAIDMAN; ELSEN; MARCON, 2006).

Nos dias atuais, busca-se enfatizar no ensino da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica o conhecimento dos aspectos físicos, emocionais e culturais em todas as fases do processo saúde-doença que as pessoas vivenciam. Demonstram-se técnicas que favorecem o estabelecimento e manutenção da relação interpessoal e formas de se desenvolver a capacidade de comunicação. Ainda são instigadas as habilidades para se trabalhar com a família, para distinguir os tipos de crise que o sujeito enfrenta rotineiramente e atuar adequadamente na situação com vistas a reduzir riscos e evitar a progressão do problema (SILVA, 2000).

Esse atual foco do ensino está relacionado com as mudanças em saúde mental em decorrência do modelo psicossocial vigente (RABELO; TORRES, 2006). Atualmente, um dos aspectos mais estratégicos está relacionado ao atendimento à crise. No modelo psiquiátrico tradicional, a crise é considerada uma condição de grave disfunção que ocorre unicamente em consequência da doença. A atuação dos profissionais à crise, orientada pela concepção hospitalocêntrica, é segurar o portador de transtorno mental a qualquer custo, amarrá-lo, administrar-lhe medicamentos endovenosos a fim de dopá-lo ou aplicar-lhe terapias como a eletroconvulsoterapia (AMARANTE, 2007). Diferentemente dessa visão, no modelo de atenção psicossocial, a crise é entendida como o resultado de diversos fatores que envolvem terceiros, sejam estes membros da família, vizinhos, amigos ou até pessoas desconhecidas. Trata-se de um momento que pode ser decorrente de uma redução do limiar de solidariedade ou tolerância de uns para com os outros, de uma situação de precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua casa, enfim, uma ocasião mais social que, excepcionalmente, biológica ou psicológica. Também por este motivo consiste em um processo social (AMARANTE, 2007).

Desse modo, são necessários serviços que permitam acolher os indivíduos em crise, e que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas ao externar suas dificuldades, receios e expectativas. É importante que sejam constituídos vínculos afetivos e profissionais com essas pessoas, que elas se sintam ouvidas e cuidadas e que percebam que os profissionais que as estão escutando estão efetivamente voltados para seus problemas, dispostos e compromissados a ajudá-las (AMARANTE, 2007).

O que se espera é estabelecer uma rede de relações entre sujeitos que escutam e cuidam com sujeitos que vivenciam as problemáticas. Após serem ouvidas apropriadamente, as pessoas necessitam receber orientações e, na medida do possível, precisam ser envolvidas nas soluções, encaminhamentos e tratamentos estabelecidos de comum acordo. Deve-se sempre procurar evitar que o indivíduo atendido seja preterido do processo terapêutico (AMARANTE, 2007).

O trabalhador que atua nessa área e que assume os princípios da reforma psiquiátrica desenvolve a capacidade para ir além do mero sintoma, para negar a possibilidade de uma relação autoritária com o sujeito que sofre e para assumir o compromisso de que suas ações sejam recíprocas na construção de autonomia e subjetividade. No entanto, é importante ressaltar que a negação do autoritarismo requer muito mais que uma simples mudança de postura individual, ela exige um compromisso contínuo de confrontar o cotidiano excludente das relações em sociedade (RABELO; TORRES, 2006).

A abordagem apresentada nas narrativas dos colaboradores tem papel importante até mesmo no momento em que o paciente se mostra agressivo. Esse recurso pode evitar a realização da contenção química ou física. O uso de medicamentos para acalmar uma pessoa é empregado somente se há necessidade. Quando outras medidas, como o diálogo, não resolveram a situação, o médico faz a prescrição.

“A abordagem é algo muito importante e envolve muitos aspectos, o modo de chegar, o que e como falar, transmitir confiança para o paciente e protegê-lo. Por exemplo, em um caso que o usuário está agressivo muitas vezes ele está mais assustado do que a gente, então é preciso cuidar com tudo isso, explicar onde ele está.” (C2)

“O paciente só é medicado quando há necessidade mesmo. Quando o paciente começa se agitar, antes de chamar o médico para fazer uma medicação, nós tentamos conversar com ele, ver outra solução, para depois, em último caso, chamar o médico para medicá-lo.” (C5)

A relação que existe entre medo e agressividade muitas vezes passa despercebida, inclusive por pessoas familiarizadas com a área da saúde mental. Geralmente quando o portador de transtorno mental agride é porque ele está assustado, com muito medo. Este sentimento pode estar relacionado, por exemplo, com delírios persecutórios, nos quais a pessoa acredita que todos os indivíduos ao seu redor estão procurando lhe fazer algum mal, ou com alucinações visuais e auditivas em que os pacientes veem imagens ruins e ouvem vozes que lhes dizem coisas terríveis. Ao perceber essa relação, é possível compreender que a forma como é feita a abordagem do paciente pode aumentar ou diminuir sua agressividade (SILVA, 199?).

Em uma pesquisa desenvolvida em uma instituição pública especializada em psiquiatria no Paraná com 20 profissionais de enfermagem, os participantes enfatizaram a importância da comunicação para o desenvolvimento do vínculo entre paciente e equipe, inclusive antes, durante e após um episódio de agitação. O diálogo é visto como um recurso terapêutico para pessoas em momentos de agressividade, pois colabora para a resolução dessas situações e auxilia na concordância do paciente em relação aos outros aspectos do tratamento (PAES *et al.*, 2009).

Segundo Loyola (2008), existe um cuidado que deve fazer parte de todos os momentos da prática na enfermagem em saúde mental traduzido pelo diálogo, pela presença com interesse pelo que o paciente sente, pensa e como ele pretende agir na solução ou enfrentamento de seus problemas. Esse cuidado deve ser antecipatório a todas as demais ações que venham a ser propostas ou realizadas para o portador de transtorno mental, haja vista que agindo assim o profissional terá aumentado as chances de obter maior colaboração por parte do paciente, porque ele foi considerado, ouvido e compreendido. O diálogo verdadeiro e genuíno também tem o poder de atuar como dissipador de medos e preocupações para qualquer pessoa.

As falas dos colaboradores evidenciaram que na nova perspectiva de tratamento o portador de transtorno mental ganhou voz e a família passou a ser incluída nesse processo. A voz do profissional que antes era incontestável, hoje, a partir do relato do paciente, pode não ser toda a razão.

“Hoje, com a humanização, com as novas referências, com tudo o que mudou, o paciente também evoluiu muito. Ele fala, a família participa. Antes o paciente era jogado aqui dentro, coitado, o que ele ia falar? Hoje não, todo mundo ouve o paciente. Se eu fizer alguma coisa para ele, ele vai falar. Eu sempre me sinto na obrigação, se eu tenho um atrito com o paciente [...] eu vou discutir com ele no grupo ou eu o trago aqui pro médico para nós vermos juntos a situação. E antigamente não, valia o que eu falava. Hoje é bom por isso.” (C5)

“Antes a família era mais ausente no tratamento do paciente, ela vinha ao hospital somente nos dias de visita. Depois, quando foi criado o atendimento familiar, isso começou a melhorar. Fizemos cartõezinhos com informações sobre datas de dias de visita, orientação às famílias com vários profissionais e entregávamos na admissão do paciente. O doente mental depende muito da família, ele tem que ter alguém que o acompanhe, que esteja junto.” (C6)

A família deve ser considerada unidade cuidadora e de cuidado, um espaço social em que seus componentes interagem, trocam informações e, ao identificarem problemas de saúde, apoiam-se mutuamente e envidam esforços na busca de soluções. Logo, a família é uma instituição de suporte e de apoio ao seu integrante (BIELEMANN *et al.*, 2009).

A inserção da família no tratamento do portador de transtorno mental é um elemento indispensável para a efetivação da reforma psiquiátrica. No modelo atual em saúde mental, diferentemente de tempos atrás, quando a família se mantinha afastada, como simples observadora dos acontecimentos, ela passa a ser incorporada no processo terapêutico, de modo a contribuir com a reabilitação psicossocial do usuário. Hoje, os serviços precisam estar com as portas abertas à inclusão da família, integrando-a e incentivando sua participação nas atividades desenvolvidas, ao mesmo tempo, dando suporte

para que ela possa conjuntamente contribuir para a manutenção da saúde do portador de transtorno mental (BIELEMANN *et al.*, 2009).

Os colaboradores reconheceram mudanças ocorridas que têm contribuído para melhorar a assistência nessa área. A política de desinstitucionalização e redução de leitos tem cooperado principalmente para reinserir na sociedade pessoas que estavam esquecidas há anos no hospital psiquiátrico. Atualmente, o período de internamento diminuiu, não chegando a dois meses na maioria das instituições de saúde mental. Os profissionais têm participado mais ativamente no tratamento do portador de transtorno mental. E, além disso, existem os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os CAPS, os ambulatórios, os hospitais-dia e as residências terapêuticas. Esses avanços têm colaborado até mesmo no sentido de envolver o familiar no tratamento do portador de transtorno mental e transformar a relação da sociedade com ele e com o estigma da loucura.

“[...] com a atual legislação de saúde mental, ocorreu uma grande evolução. Eu acho que a coisa mais importante é a descronificação dos pacientes. Hoje, o tempo médio de tratamento dentro do hospital psiquiátrico é em torno de 40 a 50 dias. Paciente não tem que ficar morando em hospital! O internamento deixou de ser usado muitas vezes como forma de se livrar de cadeia ou para família interditar seu familiar. A participação dos profissionais no tratamento do paciente, o trabalho em equipe também melhoraram. Essa é uma exigência do próprio Ministério de Saúde. Antigamente, por exemplo, se não ficasse nenhum enfermeiro aqui no hospital, não havia problema. Hoje não. Daqui a pouco vem o pessoal da fiscalização e olha se o enfermeiro, o psicólogo, o assistente social fizeram as evoluções dos pacientes.” (C1)

“Hoje em dia, com a reforma psiquiátrica, eu posso dizer que tudo melhorou. Atualmente o tempo de internação é bem menor, antes o paciente ficava seis meses, um ano internado, mesmo tendo família. [...]. Antigamente, se o paciente não quisesse sair de alta, ele falava com o médico e continuava internado. Havia pessoas que permaneciam anos, gostavam do hospital, ficavam fazendo alguma atividadezinha, às vezes chegavam a ter um quartinho individual, isso tinha muito na época. Eu achava errado porque

estava ocupando o lugar de uma pessoa que precisava. Hoje não, com essa mudança, o hospital esvaziou. Pra você ver, lá no [nome de um hospital que trabalhou] eu cuidava da unidade 5, que tinha 120 pacientes. Éramos dois funcionários por turno. Em dia de visita, aquele jardim enorme se enchia. Parecia festa, mas era muita gente que nem sempre tinha necessidade de ficar internada. Então o hospital psiquiátrico naquela época parecia um depósito de seres humanos, de pessoas, que em minha opinião não deveriam estar lá, precisavam viver lá fora, mesmo que tomando remédio. [...]. Atualmente também há modalidades de tratamento extra-hospitalares, como os CAPS, os ambulatorios e os hospitais dia. Aqui, depois que os pacientes recebem alta, eles vão para o CAPS, mas eu não sei como é lá. Para falar bem a verdade, eu não acompanho esse tipo de serviço. Mas eu acho que é bom.” (C6)

“Agora o tratamento está melhor. Temos acompanhado a evolução na saúde mental. As unidades têm menos pacientes, cerca de 30, para três funcionários de enfermagem. Antes eram cento e poucos, pros mesmos três no caso, ou dois.” (C3)

“Com a Reforma Psiquiátrica [...], tivemos mudanças no sentido de diminuir pacientes, atualmente não chega a 200 o número de pessoas internadas no hospital, então lidar com 30 pacientes em uma unidade, encaminhá-los para o banho, fazer os cuidados é muito mais fácil do que antes. [...]. A Reforma Psiquiátrica veio para mudar com essa intenção de resgate social dos pacientes psiquiátricos e inclusive de retirar o asilado de dentro do hospital e colocá-lo na sociedade, em residências terapêuticas, fazendas.” (C4)

“Hoje, no contexto da reforma psiquiátrica, temos conseguido reduzir o número de leitos, nossa maior unidade para pacientes com transtorno mental tem 30 leitos e a URA tem 40. Mas, mesmo assim, a capacidade máxima não é preenchida, sempre estamos com 27 leitos ocupados nas unidades de psicóticos e 30 na URA. Conseguimos devolver vários pacientes que estavam internados há anos para suas casas e para a sociedade. Localizamos familiares de usuários até em São Paulo e Mato Grosso. Aqueles que não tinham mais laços familiares e tinham maior autonomia foram para duas

residências terapêuticas e os mais dependentes foram para o [nome de uma associação beneficente]. Eu tive uma experiência muito interessante com residência terapêutica. [...]. Em 2002, quando começou a história de desinstitucionalizar os pacientes crônicos, fui convidada para participar da montagem da primeira residência terapêutica de Curitiba. [...]. Trabalhamos com os usuários do [nome de um hospital psiquiátrico]. A maioria tinha mais de 27 anos de internamento. Eles não conheciam a realidade de ter um lar, consideravam o hospital a casa deles. Quem nos supervisionou foi o Dr. [nome do médico] de [uma cidade do Brasil]. Nossa equipe tinha profissionais de diversas áreas, como serviço social, enfermagem, psicologia, psiquiatria e musicoterapia. Eu participei mais na coordenação, como gerente de serviço. Quem atuava na assistência era a enfermeira [nome da enfermeira], ela trabalhava principalmente o resgate do autocuidado, explicava como e quando tomar as medicações, então fazia um calendário com esquema de lua e sol para os pacientes, preparava-os para fazer a higiene, fazer compras e até mesmo ir a consultas médicas. Foi um trabalho lento, mas muito gostoso e gratificante. A partir do momento em que os usuários começaram a vivenciar situações fora da instituição, eles puderam perceber o que era uma casa, o que ela ia conter, escolheram a cor dela, então isso possibilitou que eles fizessem todo um resgate, lembraram-se do passado. Muitas vezes, quando vivenciamos um ambiente hospitalar psiquiátrico, pensamos que os pacientes com o tempo perdem todos os seus valores, todas suas capacidades. Mas essa experiência nos fez perceber que isso não é verdade. Ficamos assustados com a evolução deles. De nós estarmos na fase de treinamento de acender o fogão a gás e eles aparecerem com um bolo no forno. Então foi uma vivência muito boa. Uma das coisas que me marcaram bastante foi que todos eram fumantes e a renda da casa não dava para gastar com carteiras de cigarro. Por isso, nós os inscrevemos em um grupo de tabagismo e explicamos que eles precisavam encontrar uma alternativa para poder adquirir o cigarro. Como uma das pacientes sabia fazer crochê, a assistente social propôs que eles fizessem panos de prato para vender. Eles começaram a produzir, só que notaram que demorava muito para terminar os panos de prato. Descobrimos então que os pacientes marcavam pão fiado na panificadora, e ao invés de levá-lo, pegavam cigarros. Por causa disso começamos a desenvolver um

trabalho juntamente com o conselho local de saúde de alertar a comunidade e a vizinhança para não fornecer nada para eles [...]. Então incentivamos que os apoiassem, mas não dessem coisas. Com isso, os pacientes decidiram fazer pão caseiro para vender. Fizeram a primeira vez e uma vizinha gostou e comprou. Então passaram a fazer pão de manhã e de tarde para entrar dinheiro mais rápido para poderem fumar. Nós da equipe ficamos surpresos. [...]. Isso tudo aconteceu há quase oito anos e esses dias eu estava descendo para a Secretaria e vi o [paciente da residência terapêutica], ele estava indo pagar as contas. Antes só andavam acompanhados, um dos profissionais sempre saía com eles, agora andam sozinhos. Então vemos que estão bem. Acredito que a residência terapêutica seja uma coisa muito boa. Porque vemos que vários desses pacientes que foram para a casa tinham sido abandonados no hospital, até pela própria família, e ali foram ficando. Eles não tinham nada. Acabaram até pegando todos os tiques de um paciente pela convivência com outros, foi a única vivência que tiveram, mas hoje estão bem. Vários pacientes do hospital foram visitar a casa e resolveram até sair do hospital, muitos que tinham insegurança com relação a esse projeto, perderam. Hoje já são várias casas, umas sete ou oito. Então, vemos que é possível. O hospital é muito importante, há momentos em que o internamento é necessário. Mas não dá para privarmos as pessoas de continuar na sociedade.” (C2)

“Um avanço muito importante em termos de reforma psiquiátrica está sendo o envolvimento da família e a diminuição do estigma da psiquiatria. Penso que hoje a família e a sociedade estão mais sensibilizadas. Antes o louco sempre ficava trancado e esquecido, hoje não é mais assim. Não temos aqueles casos mais graves, que ficavam presos que nem animais, que não faziam uso de medicamento, como era comum tempos atrás. Atualmente, a doença é diagnosticada mais cedo. Hoje, o portador de doença mental chega com um quadro mais precoce, a maioria que vem já passou por ambulatório, não vem sem tratamento nenhum. Além disso, os recentes fármacos têm colaborado muito para que os internamentos sejam mais curtos, não longos como eram anteriormente e existe toda uma solicitação para que os familiares estejam envolvidos no tratamento, acompanhando o usuário. Percebemos que a participação da família tem contribuído na redução do tempo de permanência

no hospital. Então, acredito que é nisso que a reforma, toda essa legislação que tem, vem contribuindo. A questão do Programa de Volta Para Casa é complicada. Nossa clientela aqui é mais pobre. Logo no início, quando surgiu o programa, muitas vezes percebíamos que a família aparecia mais por causa do recurso. Hoje já não é mais tanto assim. Acho que essa estratégia contribuiu bastante. Pelo menos para as residências terapêuticas, foi importante, vemos que os pacientes contavam bastante com o dinheiro, com o Programa. Porque lá eles recebem, além do benefício do financiamento da residência, o benefício do Programa de Volta Para Casa.” (C2)

No Brasil, a Portaria do MS nº. 189, promulgada em 1991, propôs a ampliação na oferta de serviços de saúde mental e, no ano subsequente, a Portaria do MS nº. 224, além de complementar o aparato legal mencionado, tornou-se referência no modelo de atenção à saúde mental. Isso porque regulamentou o atendimento em diversas modalidades, como unidades básicas, ambulatorios, CAPS, hospitais-dia, unidades de internação e de urgência psiquiátrica em hospitais gerais e hospitais especializados em psiquiatria (GUIMARÃES et al., 2010; BRASIL, 2004a). Alguns desses serviços foram ressaltados nas falas dos colaboradores C2 e C6.

Os serviços de atenção psicossocial procuram dispor de profissionais de várias categorias, inclusive de muitas que não são consideradas da área da saúde, como músicos, artistas plásticos, artesãos, entre outros. Essa diversidade de trabalhadores depende da possibilidade de cada estabelecimento, de cada cidade ou da criatividade de cada um (AMARANTE, 2007).

Um princípio imprescindível para o bom funcionamento desses serviços é o da intersetorialidade. Esses espaços não devem ficar reduzidos ao aspecto geográfico, precisam ser capazes de desenvolver ao máximo suas habilidades de atuação no território, para ampliar relações com os vários recursos existentes na sua comunidade. O desafio está em encontrar associações civis, times de futebol, entidades comerciais, enfim, alianças sociais que participem solidariamente de estratégias de atenção psicossocial, ao incluir as pessoas acompanhadas nos serviços de saúde mental em várias formas de sociabilidade (AMARANTE, 2007).

São necessárias estratégias de articulação com os vários setores sociais, isto é, com o campo da saúde mental - CAPS, cooperativas, residências terapêuticas, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, etc.; com o campo da saúde geral - Estratégia Saúde da Família, rede básica, hospitais gerais e especializados etc.; com as políticas públicas - Ministério Público, Previdência Social, delegacias, instituições para crianças, idosos, desassistidos em geral, igrejas, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, ação e bem-estar social etc.; e com os recursos criados pela sociedade civil. Trata-se de uma organização em rede, que visa a formar uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos (AMARANTE, 2007).

Um dos dispositivos do atual modelo de atenção em saúde mental enfatizado pelo colaborador C2 refere-se às residências terapêuticas. Durante muitos anos, a psiquiatria voltada para o padrão hospitalocêntrico produziu infinitas sequelas e desastres nas vidas de milhares de pessoas. Ao se iniciar um processo de desinstitucionalização e constituição de um trabalho de saúde mental e atenção psicossocial, é necessário criar estratégias que abarcam os muitos indivíduos que vivem há décadas enclausurados em hospitais psiquiátricos, que na grande maioria não têm condições de voltar a viver sem ajuda de terceiros. Entre os programas que podem contribuir no apoio psicossocial a estas pessoas e na superação do modelo psiquiátrico predominantemente asilar, estão os de residencialidade (AMARANTE, 2007).

Após um longo período de institucionalização, muitos sujeitos não têm vínculo com suas famílias ou seus familiares não os desejam mais em casa. Além disso, existem múltiplos casos daqueles que não querem sair do claustro (AMARANTE, 2007). Essa vontade de continuar no hospital está associada à segurança que este ambiente representa para essas pessoas. Ele as protege dos perigos da cidade que é vista como local perigoso e hostil à loucura; garante condições básicas de sobrevivência, tais como abrigo, alimentação, roupa limpa, entre outras coisas; e proporciona tratamento de saúde com assistência profissional e medicação. Ainda, o “hospital-albergue” as ampara do retorno ao mercado de trabalho, extremamente competitivo e desigual, bem

como da carência de programas e equipamentos sociais para seu acolhimento na vida fora do âmbito manicomial (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

Destarte, são necessárias políticas públicas que ofereçam condições para o processo de desinstitucionalização dessa população. Um passo inicial está na organização de equipes multiprofissionais com a finalidade de acompanhar as pessoas, no sentido de ajudá-las a construir autonomia e independência para desenvolver as atividades da vida cotidiana, como se arrumar, preparar alimentos, fazer leituras, escutar rádio, assistir à televisão, cantar, dançar, passear pela cidade, conversar com as pessoas na rua, ir à igreja, jogar bola, entre outras (AMARANTE, 2007).

As equipes podem dar continuidade ao acompanhamento dos indivíduos em diferentes níveis de autonomia e independência. Há aqueles com comprometimentos importantes em termos de suas habilidades e que são dependentes, mas, nem por esse motivo, deveriam permanecer em instituições fechadas. Experiências de desinstitucionalização têm comprovado que muitas das pessoas internadas, cujos prontuários continham anotações de alheamento, desinteresse social, estereotípias, falta de iniciativa, entre outras características, são protagonistas de uma mudança radical. Só há uma alternativa para saber até onde podem ir: permitir-lhes participar do processo de desinstitucionalização (AMARANTE, 2007).

Existem situações em que as pessoas que vão para os Serviços Residenciais Terapêuticos precisam ser assistidas ou supervisionadas de acordo com os graus de complexidade que variam com a autonomia e independência dos moradores. Residências com sujeitos menos autônomos podem dispor da assistência de profissionais, como médicos, psicólogos, fisioterapeutas etc., enquanto nas moradias com indivíduos mais independentes, todas as atividades consideradas terapêuticas são desenvolvidas nos serviços locais de saúde. De qualquer forma, as equipes de Saúde da Família, ao cumprir os princípios da Estratégia da Saúde da Família, acompanham todas as residências existentes no território, com a supervisão e o apoio matricial dos serviços de atenção psicossocial (AMARANTE, 2007).

Em 1992, no Brasil, ao serem discutidas ações de desinstitucionalização na II Conferência Nacional de Saúde Mental, foi ressaltada a importância da implementação de "lares abrigados". Iniciativas

pioneiras ocorreram ainda no início da década de 1990, nos municípios de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS), e obtiveram sucesso na reinserção dos pacientes na comunidade. Essas experiências contribuíram para a elaboração da Portaria Ministerial nº. 106/2000, que introduziu na política do SUS os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) (BRASIL, 2004c).

Os SRTs são destinados aos sujeitos egressos de instituições psiquiátricas, nas quais estiveram internados por um período de no mínimo dois anos. Uma medida importante seria ampliar essa proposta, de modo a abranger todos aqueles que tenham dificuldades de moradia ou convívio familiar. Isso contribuiria inclusive na restrição do processo de cronificação institucional ou “carreira moral do doente mental” (AMARANTE, 2007).

Uma observação significativa relacionada aos SRTs está em sua terminologia, que é frequentemente questionada, principalmente no que diz respeito aos termos “serviços” e “terapêuticos” (AMARANTE, 2007; FURTADO, 2006). Entretanto, essa denominação foi assim estabelecida para justificar a inserção desses dispositivos no SUS (FURTADO, 2006). Essa ressalva relacionada à nomenclatura não se trata de um mero rigor conceitual, mas sim do risco de indução aos aspectos indesejáveis de casas que deveriam ser menos institucionalizadas e de instituições que se pretendam terapêuticas em si. Portanto, nunca é demais advertir para o risco da institucionalização das residências. Para que isso não aconteça, é preciso sempre ter em mente que consistem em moradias, cujo dia a dia deve ser o de uma casa (AMARANTE, 2007).

Além da política de residencialidade, programas de subsídios financeiros para pessoas que viveram longos anos institucionalizadas constituem estratégias importantes, pois normalmente esses indivíduos não têm facilidade para conseguir um emprego, ou um trabalho com renda suficiente para que possam se sustentar, ou outra forma de remuneração. O colaborador C2 destacou em sua fala o Programa de Volta para Casa. Ele foi instituído no Brasil por meio da Lei nº. 10.708 de 2003, e prevê o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de internações psiquiátricas (AMARANTE, 2007).

Ao analisar o atual cenário da Reforma Psiquiátrica no país, nota-se um quadro promissor. O hospital deixou de ser o centro da gravidade, em torno do qual gira tudo e a oferta que predomina é a de cuidados extra-hospitalares (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009). Isso pode ser observado na narrativa do colaborador C2 quando ele explicitou que hoje quando o portador de transtorno mental é internado, normalmente ele já realizou tratamento em outro tipo de serviço.

Há uma maior proporção de recursos do SUS destinados às ações extra-hospitalares no território, atualmente o percentual corresponde a 63,35%. Nos últimos cinco anos, houve uma significativa redução na quantidade de leitos psiquiátricos e uma modificação no perfil dos hospitais, com diminuição daqueles considerados de grande porte (BRASIL⁹, 2008, citado por DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009), o que confirma os discursos dos colaboradores C2, C3 e C4.

Em 1991 a maior parte das verbas de internações do SUS era direcionada para os internamentos psiquiátricos. De toda a capacidade hospitalar instalada no país, 20% era ocupada com leitos para portadores de transtornos mentais, e essa porcentagem só perdia para as internações em clínica médica. O índice de re-internação dos pacientes era de 70%, e, dos 90 mil leitos psiquiátricos do SUS, cerca de dez mil eram remunerados sem estar ocupados. Daquela época para cá, foram desativados mais de 50% dos leitos. O tempo médio de permanência em internação diminuiu de 100 para 40 dias e a taxa de mortalidade teve uma redução expressiva. Um grande progresso nessa perspectiva ocorreu com a implementação do PNASH, que produziu nove descredenciamentos e duas intervenções no país (BRASIL⁴, 2008, citado por DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

Outro avanço é a expansão da rede de serviços substitutivos, podendo ser exemplificada com o aumento do número de CAPS, que atualmente corresponde a 1.541, e das residências terapêuticas, que são 716. O Programa de Volta para Casa também tem avançado e hoje em dia atende 3.574 beneficiários (BRASIL, 2010). Ainda, há uma rede ambulatorial em ampliação

⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Apresentação do dia mundial da saúde mental**. Brasília, 2008.

que objetiva atender os casos menos graves e desenvolver um trabalho articulado com a atenção básica, sobretudo com a Estratégia Saúde da Família. Isso certamente deslocou os recursos humanos do antigo centro hospitalar para a rede de atenção psicossocial (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

Ao externarem sobre o processo da reforma psiquiátrica, os colaboradores também destacaram alguns impasses atuais. Um deles refere-se à falta de qualificação dos profissionais para atuar nos diversos serviços de saúde mental, como o ambiente hospitalar, as residências terapêuticas e os CAPS. Essa problemática foi associada a três principais motivos: o comodismo de alguns trabalhadores que trabalham na área da saúde mental e não se preocupam em atualizar seus conhecimentos e suas práticas; o ensino tradicionalista das escolas e universidades, que ainda mantém os conteúdos ministrados fundamentados em uma visão mais clínica; e a falta de investimento material e político na formação dos profissionais dessa área.

Ainda referente aos impasses acerca dos profissionais que atuam na saúde mental, houve menção da falta de perfil dos novos trabalhadores. Como a instituição em que os colaboradores trabalham é pública, do Estado, os funcionários são concursados. Com isso, muitos dos que começam a trabalhar no hospital não têm afinidade com essa área e acabam não permanecendo, pedem transferência para outro local ou desistem da vaga.

“[...] aqui no hospital de vez em quando aparece um curso ou outro que é oferecido para quem quiser participar, mas o pessoal vê que já está se aposentando então não acorda, é um comodismo.” (C3)

“[...] Atualmente o quadro de funcionários do hospital está muito desfalcado, pois muitos trabalhadores se aposentaram e outros estão se aposentando. Com isso, logo serão chamadas novas pessoas que passaram no concurso para atuar aqui. Daí questiono: será que elas vão ter essa formação? Será que vão procurar estudar sobre esse assunto? Por que o profissional que se forma não se forma em psiquiatria, o conhecimento específico é pouco. Os técnicos de enfermagem que vêm trabalhar têm pouca formação em psiquiatria [...]” (C5)

“Percebemos que mesmo entre aqueles profissionais que entraram recentemente pelos concursos públicos são poucos os que se interessam em trabalhar com a psiquiatria. Penso que deveria haver mais investimento nessa área. Desse último concurso, nós acabamos ficando somente com três pessoas aqui no hospital. Os demais, todos entraram e saíram. [...] Para atuar nessa área, é preciso que o profissional tenha afinidade. Vejo por mim mesma, eu cheguei aqui querendo ir embora, entrei para ficar dois anos e acabei ficando. Então é uma área que gosto.” (C2)

“[...] nossa formação normalmente é muito mais clínica e voltada para a execução de tarefas. Mas no momento em que trabalhamos com a psiquiatria é diferente. [...]. Eu acho ótima a ideia da reforma psiquiátrica, mas na angústia de torná-la realidade alguns passos foram atropelados. Vejo que com todo mundo tendo que cumprir a legislação, tudo foi se estruturando de repente e unidades hospitalares foram fechadas. Acredito que faltou dar um espaço importante para a capacitação de profissionais. Nós mesmos notamos a dificuldade de um hospital clínico, de uma unidade de saúde, de um médico clínico, atender a todos os pacientes.” (C2)

“Hoje o quadro de funcionário do hospital está muito defasado, muitas pessoas se aposentaram ou estão para se aposentar. Será preciso entrar profissionais novos, gente com vontade de trabalhar nessa área, pois ultimamente o que tem acontecido é que as pessoas que entram acabam não ficando, não têm interesse em trabalhar com psiquiatria. Esses dias mesmo eu acompanhei o [nome de um enfermeiro] em uma aula de enfaixamento que ele ministrou no [nome de uma escola de enfermagem]. Havia uns 50 alunos na sala, eu perguntei se alguém gostaria de trabalhar no [hospital campo deste estudo], ninguém disse que sim, preferem o hospital geral. Com a falta de funcionários, está bem complicado desenvolver o trabalho, estamos fazendo o que podemos. Chegamos a ter plantões em que uma unidade fica sozinha em alguns momentos, pois temos que nos revezar entre as unidades. Às vezes precisamos trabalhar dobrado. Eu espero que venham profissionais de enfermagem trabalhar aqui com a gente, pessoas dispostas a trabalhar e

ensinar. Mas não estou pondo muita fé não. Talvez pelo salário venha alguém. A distância também atrapalha muito, o hospital fica num local muito longe.”
(C4)

Outra dificuldade ressaltada foi a quantidade insuficiente dos espaços extra-hospitalares de atendimento em saúde mental, o que dificulta o funcionamento adequado da rede de serviços. Os colaboradores contaram que em sua prática cotidiana experienciam casos de pacientes que chegam a ser internados no hospital psiquiátrico devido à ausência de tratamento por falta de vaga no CAPS ou até mesmo pela inexistência desse serviço em alguns municípios.

Foram externadas fragilidades na articulação entre os diversos estabelecimentos de saúde e de acompanhamento da pessoa com transtorno mental após o internamento, o que favorece os reinternamentos e a consequente cronificação da doença. Os colaboradores também mencionaram quanto a não vivenciarem a prática do Programa de Volta para Casa e referiam sobre limitações do atendimento em hospital geral.

“E se existem os CAPS, os hospitais-dia, mesmo os ambulatorios, ainda estão em quantidade e qualidade insuficientes. Então acaba que a rede não tem o suporte que deveria. É isso que sinto ao ver em minha rotina a forma como os pacientes chegam aqui e como eles têm sido acompanhados. [...] A reforma psiquiátrica teria que acontecer também dentro do hospital clínico, porque hoje não acontece. Há uma discriminação muito grande de pacientes psiquiátricos, em surto, com intercorrência clínica. Nós temos muita dificuldade para transferir os usuários aqui quando ele tem algum quadro clínico agudo. Porque a psiquiatria está fazendo a parte dela, mas a parte clínica ainda falta bastante.”
(C2)

“[...] percebo deficiências na Lei Paulo Delgado no sentido de o Estado brasileiro não estar preparado para aplicá-la em sua totalidade, para atender à proposta dos tratamentos extra-hospitalares, como os CAPS. Não é simples derrubar os muros do hospital. Quando damos uma alta hospitalar para uma pessoa e a encaminhamos para um CAPS, ela demora para ser atendida e

algumas cidades nem têm esse serviço. A proposta desse tipo de atendimento é uma coisa maravilhosa. No entanto, faltam recursos financeiros. O grande problema é que nenhum governo em nenhuma das esferas coloca recursos financeiros para a saúde conforme manda a Lei de 12% do PIB. Então, a nossa saúde é deficiente, como nos demais ramos da saúde, na psiquiatria não é diferente. Outro aspecto se refere ao risco de as residências terapêuticas serem transformadas em um hospital pequenino, como se apenas fosse mudado o ângulo do hospital para dentro de uma casa. Aquele programa de volta para casa também, eu acho que ficou meio no discurso. Eu até hoje não vi ninguém receber dinheiro por causa dele. [...] quando nós transferimos um paciente para o [hospital geral], para o [hospital especializado em oncologia], algum outro hospital não especializado em psiquiatria, a primeira exigência que se tem lá é que nós mandemos um funcionário junto com o paciente, porque senão eles não internam. Eu trabalho há 23 anos no [hospital geral público], quando interna um paciente com confusão mental em qualquer andar daquele hospital todo mundo fica sabendo: ah! tem um louco internado lá em tal andar. O estigma é muito grande. Eu acho que essa questão de criar leito psiquiátrico em hospital clínico não funciona. Como é que você vai colocar um paciente em surto, por exemplo, dentro de uma enfermaria misturado com paciente que está tomando soro ou mesmo se ele ficar sozinho, coloca lá no décimo andar do [nome do hospital geral público], um paciente em surto, o risco de ele sair para o corredor, de pular a janela, é muito grande. Não funciona. É misturar água com vinho. Não vai dar certo. A forma de tratamento como está, está certa. Todavia, é preciso reforçar mais os CAPS, os ambulatorios. [...]. Falta muito ainda na psiquiatria a questão de assistência social, de acompanhar a continuidade do tratamento do paciente depois que ele sai do hospital. A família também tem que participar do tratamento. Com isso vamos diminuir muito o número de reinternamentos. É por causa da falta de acompanhamento que vemos nos hospitais psiquiátricos pessoas que já foram internadas 30, 40, 50 vezes. Normalmente, quando internamos um paciente já o conhecemos, ele já esteve aqui antes. Ele chega em surto, melhora e vai embora. Não é que hospital faz milagre. É que o hospital fiscaliza e supervisiona a medicação do sujeito. Em casa ele não toma. Às vezes o pai trabalha, a mãe trabalha, o irmão trabalha. Ele não tem com quem ficar, quem o ajude". (C1)

“Nós tivemos pacientes que foram para residências terapêuticas e também para a [nome de uma associação beneficente]. Houve uma boa resposta com alguns. Só que eu vejo que houve muitas falhas. Faltou preparar os profissionais, faltaram mais investimento e também mais tempo. Os cuidadores e terapeutas que participaram de todo o processo não tinham experiência nenhuma. Eles vieram aqui para mudar o quadro de pessoas que há 30 anos estavam asiladas em um hospital psiquiátrico, querendo que o paciente entrasse pra sociedade, se cuidasse sozinho, cozinhasse, lavasse. Eu vejo pacientes de uma dessas casas em [nome de um município da região metropolitana de Curitiba]. Alguns estão meio robotizados. Eu vejo que o cuidador parece um robô andando atrás deles na rua. Eles são atendidos no serviço de saúde da prefeitura, têm atendimento odontológico, clínico. Isso é bom. Mas eu vejo que há paciente que está muito parado, triste, deprimido. Na [nome de uma associação beneficente], também temos esse problema referente à depressão. Tivemos casos de paciente fugir de lá, de ir a óbito, de reclamar de maus tratos. Então dá para perceber também a questão de pessoas que simplesmente estão intencionadas em se beneficiar financeiramente com esse serviço. Os pacientes não têm mais o carinho, o amor, aquela família que eles tinham dentro do hospital. Hoje temos poucos pacientes crônicos ainda aqui, logo, eles sairão da instituição. Só que eles não têm condições de se cuidar sozinhos, vão precisar de profissionais que tenham experiência. Então penso que tudo tem acontecido muito rápido, faltou tempo para estruturar melhor essa reforma, instruir bem profissionais. Não é coisa de dias, mas meses, e somente depois tentar tirar a pessoa de dentro do hospital. Porque o paciente que está há 30 anos institucionalizado tem uma família lá dentro, ele considera a enfermagem a família, ele já tem um vínculo. De repente, querer colocá-lo em um lugar estranho, ele não vai aceitar. Então eu vejo de um lado que alguns pacientes tiveram uma resposta boa, mas para outros não ajudou. Hoje em dia também existem os CAPS. Mas no Paraná esse serviço ainda é fraco. Em certas localidades ainda nem existem. O litoral, por exemplo, não tem nenhum. Há algumas exceções de CAPS bons. Parece que o de [nome de um município da região metropolitana de Curitiba] é bom. Há muitos casos de pacientes que saem de alta e quando vamos ver já estão

se internando de volta porque se agitaram em casa. Ao questionarmos sobre a realização do tratamento no CAPS, descobrimos que o paciente o tinha abandonado. As razões são as mais diversas, como a falta de profissionais no CAPS, inclusive médico; o acompanhamento que não é realizado adequadamente e leva o paciente a não fazer mais o tratamento; os profissionais que não o motivam, não insistem na continuidade da terapia; a ausência de um trabalho social de resgate da pessoa, de verificar o porquê de ela não frequentar mais o CAPS, se ela vem em uma semana e na outra não apareceu não há aquela preocupação; e, além disso, a dificuldade da família em levar o paciente até o serviço. Outra dificuldade que temos é quando encaminhamos pacientes para hospitais clínicos como o [nome de um hospital geral] e o [nome de outro hospital geral]. Percebo uma rejeição muito grande por parte dos profissionais desses hospitais com os nossos pacientes. Eles veem o paciente psiquiátrico, mas não o veem como um ser humano. Eles têm um medo muito grande, perguntam se vamos ficar lá cuidando do paciente. Eu acompanhei uma paciente no [nome de um hospital geral] em estado de emergência, ela estava na maca, sem reação nenhuma. Fiquei bastante tempo esperando o atendimento, os profissionais não demonstraram nenhuma vontade de atendê-la. Uma médica chegou, deu uma olhadinha e saiu. Em seguida, veio outra que perguntou se a paciente era do [hospital campo deste estudo]. Eu disse sim e ela pediu para uma enfermeira puncionar uma veia. Depois apareceu um médico bom que estava procurando por outra pessoa, que tinha se acidentado. Ele deu uma olhada na paciente e já tomou as providências, ela foi entubada imediatamente. Então é assim, hospital clínico tem muita dificuldade em lidar com a pessoa com transtorno mental, acontece muito essa falta de atendimento. Não sei se é medo ou falta de vontade, de conhecimento. Vivenciei isso em vários hospitais a que eu já levei paciente. Eu me lembro do [nome de um paciente], que estava com suspeita de fratura na perna. Levei-o no hospital, quando cheguei já avisei que o paciente era agitado e que não tinha muita paciência. Com isso eles atenderam prontamente, logo fizeram o raio X. Então somente quando agimos dessa forma é que os profissionais de hospital clínico atendem rápido o paciente psiquiátrico. Outra experiência que tive nesse sentido foi bem recente. Eu levei ao [nome de um hospital geral] um rapaz que havia se cortado ao quebrar um vidro durante um

surto em casa. Eu o trouxe de volta sem o atendimento, não o atenderam. Depois eu mesmo fiz um curativo. A mãe dele sofreu com isso, pelos profissionais não o terem atendido. O paciente sente essa rejeição. Ele é um ser humano. Então eu não sei, mas acredito que não irá dar certo esse negócio de paciente psiquiátrico em hospital geral. Eu penso que paciente em surto psiquiátrico tem que ficar no hospital especializado em psiquiatria. Aqui no [hospital campo deste estudo] os pacientes são bem cuidados.” (C4)

“Esses novos dispositivos assistenciais ainda estão muito fracos. Precisa haver mais residências terapêuticas, os cuidadores precisam ter mais experiência, eles estão indo para lá com pouca experiência. Quantos dos nossos pacientes deixaram de ir para as residências terapêuticas, como o [nome de um paciente] e o [nome de outro paciente], porque eles não tem como cuidar! Não têm pessoal que saiba cuidar do paciente na hora do surto. Dizem que eles estão tendo pouco tempo de conhecimento. [...]. Também percebo muitas fragilidades nos CAPS. Pra começar, os pacientes que estão saindo daqui em um mês já estão voltando, não estão conseguindo vagas no CAPS. Estão faltando vaga nos CAPS. Não é nem um e nem dois que estão voltando para cá por causa desse problema. [...] Além disso, nem todos os municípios ainda têm CAPS. Estão faltando muitos CAPS. Nós sabemos disso porque recebemos paciente de todos os municípios do Estado.” (C5)

“Quando é necessário encaminhar um paciente para outro hospital, o médico faz o pedido, a supervisão entra em contato com o local onde necessita e aí é marcada a data. Existe toda uma parte burocrática. Mas não é muito fácil levar um paciente daqui para um hospital geral não. Quando chegamos lá, os profissionais têm medo dele, não sabem lidar, ficam apavorados. Aí se falamos que o paciente está agitado, o pessoal já passa na frente. É que nem chegar no [nome de um hospital geral]. É chegar e dizer que o paciente pode se agitar, alguma coisa, eles já vão atender. É a falta de conhecimento, eu acho. Talvez não seja nem uma rejeição. Talvez seja uma dificuldade que as pessoas têm de não conhecer a doença, como lidar com ela. Porque se eles conhecessem, eles iriam ver que não há nenhuma dificuldade. Que às vezes o paciente é bem melhor do que o outro com quem eles estão lidando lá. Às vezes, a

enfermagem nesses hospitais se nega até a atender, só o fato de não querer. Esses pacientes são tão queridos, são tão carentes. É tão bom conversar com eles. Nossa, se você chegar ao pátio e ficar o dia inteiro lá com eles, você vai ver o quanto eles são carentes e quanto eles dão pra você, eles têm uma afetividade tão grande. Há pacientes que são os mais meigos possíveis. Só são agitados aqueles que estão naquele surto mesmo, mas esses são a minoria. O pessoal da enfermagem perde essa oportunidade, não sabe o quanto está perdendo. Eu odeio quando falam “nossa, você cuida de louco?”. Loucos são eles.” (C5)

Primeiro torna-se importante destacar aqui o recente cenário da rede de saúde mental no Estado do Paraná (Quadro 2). De acordo com os dados do Ministério da Saúde, essa unidade federativa, que tem uma população de 10.590.169 habitantes, consta na 4º posição nacional de maior concentração de leitos em hospitais psiquiátricos. Ela mantém atualmente 15 hospitais especializados em psiquiatria, totalizando 2.803 leitos (BRASIL, 2010).

Com relação ao número de Hospitais Gerais que atendem pessoas com transtorno mental, o valor ainda é baixo. Apenas 11 instituições prestam atendimento integral a essa população, perfazendo um total de 152 leitos psiquiátricos SUS em Hospitais Gerais. A ampliação e qualificação de leitos psiquiátricos nesse tipo de ambiente ainda é um grande desafio para a rede de saúde mental em todo o país (BRASIL, 2010).

Quanto aos dispositivos extra-hospitalares, o Estado do Paraná conta com 89 CAPS. Essa quantidade é considerada pelo Ministério da Saúde uma cobertura muito boa¹⁰, ao se levar em conta o parâmetro de um CAPS para cada 100.000 habitantes. Hoje em dia, existem 54 ambulatórios públicos de saúde mental atendendo os paranaenses. No entanto, esses serviços ainda estão em quantidade e qualidade precárias em todo o Brasil. Em geral, apresentam baixa resolutividade e um funcionamento que pouca se articula à

¹⁰ De acordo com o Ministério da Saúde, os parâmetros de cobertura dos CAPS são: Cobertura muito boa (acima de 0,70), Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69), Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34) e Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20). Atualmente o indicador do Estado do Paraná é de 0,72 (BRASIL, 2010).

rede de atenção à saúde mental. É necessário discutir com mais profundidade no campo da reforma psiquiátrica o papel desses dispositivos (BRASIL, 2010).

No que se refere aos Serviços de Residência Terapêutica, nota-se uma cobertura ainda reduzida. Hoje há no Estado do Paraná 24 casas que atendem 138 moradores. E o Programa de Volta para Casa também tem beneficiado poucos indivíduos, 185 (BRASIL, 2010).

Hospitais especializados em psiquiatria	Nº de hospitais Nº de leitos SUS	15 2.803
Hospitais gerais com leitos psiquiátricos	Nº de hospitais Nº de leitos SUS	11 152
CAPS	I II III Ad i Total	34 26 2 20 7 89
SRT	Em funcionamento Em implantação Total	22 2 24
Programa de Volta para Casa	Nº de Beneficiários	185
Ambulatórios de Saúde Mental	Nº de ambulatórios públicos	54

QUADRO 2 – A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO PARANÁ
FONTE: Brasil (2010).

Da mesma maneira que a literatura destaca indicadores de sucesso da reforma psiquiátrica, ela aponta fragilidades e espaços que carecem de maiores investimentos, confirmando as afirmações dos colaboradores. A atenção primária no setor de saúde mental ainda se coloca de modo tímido, o que faz com que prevaleçam ações nas práticas secundárias e terciárias, e mesmo estas são insuficientes para atender às necessidades da população. Os dispositivos extra-hospitalares especializados em saúde mental, como os CAPS, as residências terapêuticas e os hospitais-dia, ainda estão em número reduzido, mal distribuídos geograficamente, de modo que diversas cidades brasileiras não possuem qualquer uma dessas estruturas. As unidades de saúde mental em hospitais gerais também são escassas. Por esses motivos, a rede de serviços de saúde mental ainda não se faz resolutiva e articulada (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

O número de leitos psiquiátricos no Brasil ainda é muito grande, cerca de 40 mil, pois os portadores de transtornos mentais que são admitidos em crise nem sempre são atendidos adequadamente pelos demais serviços que

compõem a rede de saúde mental. Falta suporte governamental para a criação de CAPS III e internações domiciliares, e há grandes obstáculos na inserção de leitos para esses pacientes em hospitais gerais e de emergência (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009). Este último aspecto, destacado nas falas dos colaboradores C1, C2, C4 e C5, pode ser ilustrado por meio de uma pesquisa desenvolvida de 2008 a 2009 no Pronto Atendimento Adulto de um hospital universitário na cidade de Curitiba, no Paraná, que objetivou apreender a percepção da equipe de enfermagem relativa ao cuidado que desenvolve ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica. Esta pesquisa teve 27 sujeitos, sendo seis enfermeiros, sete técnicos de enfermagem e 14 auxiliares de enfermagem (PAES, 2009).

Os participantes externaram dificuldades para realizar o cuidado de enfermagem à pessoa que busca por atendimento clínico e que também possui transtorno mental devido ao *déficit* na formação profissional e à falta de conhecimento na área de saúde mental. Mencionaram que nos cursos de graduação, técnico ou auxiliar de enfermagem, as necessidades de cuidados aos pacientes com transtorno mental em ambiente de emergências clínicas não foram contempladas. Ao correlacionarem os procedimentos aprendidos nas disciplinas com enfoque em enfermagem psiquiátrica e saúde mental, citaram apenas os referentes à administração de medicamentos sedativos e à contenção física no leito. Ainda, fizeram referência à falta de atualização e capacitação nessa área, com vistas à qualificação para o cuidado ao paciente com transtorno mental. Desse modo, as dificuldades apresentadas pelos sujeitos mostraram o despreparo para realizar o atendimento à pessoa com comorbidade clínico-psiquiátrica (PAES, 2009).

Além disso, alguns relatos dessa pesquisa evidenciaram que os sujeitos não percebem o hospital geral como um local adequado para receber pacientes com transtorno mental e mostraram rejeição à entrada e à permanência dessa população no Pronto Atendimento. Esse comportamento em relação a essa clientela reafirmou a visão da exclusão social, o que acaba por influenciar a efetividade do cuidado integral e conservar o pensamento da institucionalização da pessoa com transtorno mental. Outras atitudes de rejeição para receber esse tipo de paciente no hospital geral foram apontadas

pelos sujeitos como a de não aceitar trabalhar em situações de emergências psiquiátricas (PAES, 2009).

Mais um aspecto desafiador no cenário da reforma psiquiátrica diz respeito à reintegração dos pacientes com internação de longa permanência. Vale lembrar que os pacientes crônicos podem também ser atendidos pelo Programa de Volta para Casa, no entanto, há muitas dificuldades no campo jurídico que impossibilita o benefício dessa estratégia a um número significativo de usuários. Assim, torna-se fácil de compreender por que muitos pacientes continuam a morar em hospitais psiquiátricos: fora destes hospitais, eles não encontram o apoio básico necessário (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

Outro desafio para a diminuição de leitos psiquiátricos é o fato de muitos pacientes não quererem sair do hospital, pois sabem que não encontrarão lá fora a assistência que possuem no interior do hospital. Esses usuários vivem há muitos anos enclausurados, sem convívio social e familiar e com assistência médica 24h por dia; voltar a viver em comunidade, com a família (quando ainda a tem), trabalhar e cuidar de suas próprias coisas não é fácil, ainda mais em uma sociedade que não disponibiliza dispositivos básicos para o cuidado da saúde integral desses indivíduos. Portanto, esses pacientes precisam da colaboração de provedores sociais que atendam suas necessidades de acolhimento comunitário (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

Com relação ao financiamento em saúde mental, há aspectos importantes a serem considerados. Para ampliar a atenção aos portadores de transtorno mental, sejam eles crônicos ou não, destaca-se a necessidade de cobertura de iniciativas que ampliem e ofereçam maior resolutividade à atenção primária, bem como à intersectorialidade das ações (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

O Estado tem dado maior assistência apenas na construção de CAPS, o que não é suficiente para os cuidados em atenção integral, pois, sozinhas, as atividades dos CAPS encerram-se em si mesmas, sem articulação com convívio social do usuário. Dessa maneira, Dimenstein e Liberato (2009) atentam para a necessidade da existência de parcerias entre as secretarias de cultura e as ações comunitárias, assim como a criação de organizações intermediárias que possibilitem a sociabilidade dos usuários de saúde mental e a integração de suas atividades.

O pouco investimento nos demais equipamentos sociais de apoio à saúde mental mostra a limitação do conceito de “rede”. Na qualidade de coordenador de uma rede, o CAPS deveria ser um centro intermediário às demais assistências, mas não é isso o que acontece. O CAPS tem sido envolvido na noção hegemônica de loucura e atrelado apenas a uma rede de saúde e proteção, nada diferente de um hospital psiquiátrico. Deve ser colocado em evidência que essa rede não é apenas sanitária, mas principalmente social, política e indicadora dos direitos humanos de cidadania (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

Para tanto, a equipe de trabalho tem de estar muito bem coordenada e aliada aos preceitos da desinstitucionalização, buscando estratégias que façam esse movimento social acontecer responsavelmente, exigindo os suportes governamentais necessários para a capacitação desses trabalhadores. Os profissionais da saúde mental precisam ser e se sentir valorizados, pois só assim poderão gostar de trabalhar nessa área e se responsabilizar por ela, além de abrir caminho para os futuros profissionais (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

É fato que as universidades têm adequado os conteúdos ministrados nas graduações, criado especializações e ampliado mestrados e doutorados com a inclusão de disciplinas para a discussão de questões atuais de saúde mental. Em consequência disso, já há uma produção científica abrangente, até mesmo resultante de investigações multicêntricas, que proporcionam respaldo para refinar os eixos da reforma psiquiátrica e exercer uma vigilância em torno de tudo o que a ela se relaciona. Contudo, como é demonstrado na narrativa do colaborador C2, é forçoso reconhecer que as universidades não conseguiram suprir a grande demanda por qualificação específica para atuar na perspectiva filosófica da reforma psiquiátrica, oriunda de profissionais com as mais distintas formações básicas (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

Um exemplo da falta de qualificação de trabalhadores em saúde mental, particularmente na área da enfermagem, é um estudo realizado em hospitais psiquiátricos e CAPS de Pernambuco, que objetivou conhecer o perfil de enfermeiros que prestavam assistência nesses locais. Os autores enfatizaram que dos 44 sujeitos, 17 possuíam curso de especialização, sendo apenas dois em saúde mental. Esse dado os levou a indagar se este não seria

um dos condicionantes para outro resultado apontado na pesquisa, o da dificuldade quanto à definição do papel do enfermeiro e, logo, quanto ao seu bom desempenho. Sob essa ótica, os autores ressaltaram que para a realização de mudanças na assistência ao portador de transtorno mental é importante o oferecimento de formação adequada aos profissionais de enfermagem, para que desenvolvam suas tarefas sob um novo olhar, assumindo novas posições. Eles também inferiram que isto só será possível quando todos os trabalhadores valorizarem o trabalho compartilhado, comprometido, com todos voltados para o mesmo objetivo: o bem-estar do cliente (SANTOS; CAVALCANTI; ARAÚJO, 2008).

Ainda sobre a temática da formação de profissionais em saúde mental, é preciso estimular o desenvolvimento de estratégias no campo da saúde mental, utilizando de toda a capacidade dos grupos de trabalhadores dessa área, criando novas possibilidades de intervenção (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009). É possível encontrar na literatura referência ao empenho e à criatividade política de trabalhadores que atuam nessa área, em significativo número de municípios brasileiros. Essas pessoas promoveram ora encontros de CAPS, ora consórcios de entidades médicas e de outras categorias com a iniciativa privada, ou outros tipos de arranjo, de modo que puderam superar a morosidade e a burocracia, comuns nas universidades e em outras instâncias oficiais. Foram ações dessa natureza que permitiram promover uma qualificação ágil e mais afinada com o atual momento. Registra-se que o Governo tem se mostrado comprometido e verbas públicas têm sido empregadas na capacitação de recursos humanos de saúde mental nas principais cidades do país (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

A prática real da desinstitucionalização deveria estar intimamente ligada ao rompimento com a lógica de controle, de proteção à sociedade, que por tanto tempo justificou o modelo asilar. Tem-se visto que essa lógica não é modificada de maneira simples e radical, pois foi construída lenta e subjetivamente a partir de uma cultura de normatização, classificação e dominação. Portanto, a transformação desse raciocínio compreendido como verdadeiro necessita de mudanças na ordem hegemônica mundial, a nível político e intelectual, que possam se refletir na subjetivação frente à saúde mental (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

Um ponto principal deve ser desenvolvido para que todas essas mudanças necessárias aconteçam de fato: a dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica. Essa dimensão é a que tem menor investimento e, no entanto, é a mais envolvida com todos os propósitos da desinstitucionalização. Pois a mudança na visão da loucura constrói novos saberes que atendem à nova realidade, derrubando o ensino tradicionalista psiquiátrico, essencialmente clínico, capacitando os profissionais para atuarem nessa área, além de promover a descaracterização do sujeito louco, propiciando a ele uma melhor qualidade de vida em comunidade (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em maio de 2011, fase em que encerro o estudo, procurarei externar o caminho percorrido para o alcance do objetivo proposto e registrar algumas reflexões em relação aos resultados obtidos a partir das narrativas dos colaboradores e da literatura que embasaram este trabalho. Contudo, tenho certeza de que as considerações aqui apresentadas são transitórias, uma vez que os dados ao serem revisados podem ser interpretados e analisados de maneiras distintas.

Quando o projeto desta pesquisa foi elaborado, tinha a intenção de apreender toda a trajetória percorrida pelos colaboradores na atuação em saúde mental e para tanto seria preciso que esses atores contassem o que guardavam há anos na memória, ao descrever como começaram a trabalhar nessa área, como eram os ambientes de trabalho, o que faziam, que situações vivenciaram e o que sentiam. Na perspectiva de explorar o passado acerca de um tema, resgatar a recuperação do vivido segundo a concepção de quem a viveu e lançar um olhar diferenciado sobre os discursos, fiz a opção de trabalhar com a história oral temática.

Com a escolha desse referencial metodológico, surgiu o grande desafio para o desenvolvimento deste estudo, aprender ao máximo, em um tempo bem limitado, um método com o qual eu ainda não tinha tido contato. Como ponto positivo, destaco que das entrevistas surgiram materiais volumosos e ricos. No entanto, como dificuldades encontradas no uso do método da história oral temática, aponto a não especificação de passos de como realizar a análise de dados e a grande quantidade de tempo dispensado para a realização das entrevistas, da transposição do oral para o escrito e da análise.

Ao abordar a vivência de profissionais de enfermagem sobre a prática em saúde mental desde a época em que a atenção nessa área se voltava principalmente para a internação em hospitais psiquiátricos até os dias atuais em que se propõe o modelo psicossocial, foi possível pensar na assistência às pessoas com transtorno mental em diversos tempos cronológicos. O resgate do passado facilitou o entendimento do presente e mostrou as grandes transformações ocorridas em face da reforma psiquiátrica. Já a atualidade evidenciou o real cotidiano e apontou que esse movimento social e político

ainda se encontra em andamento no Brasil, sendo necessários muito mais progressos no futuro.

Os colaboradores narraram fatos que fizeram parte da história da psiquiatria. Até meados da década de 1970, mesmo com os avanços na ciência e tecnologia, essa área da saúde no país apresentava um panorama de precariedade. As histórias contadas evidenciaram as condições precárias da assistência, que abrangiam a falta de qualificação dos profissionais que atuavam nos hospitais psiquiátricos, o problema de superlotação desses ambientes, o isolamento estabelecido como a única modalidade de tratamento, a deficiente infraestrutura das instituições e o uso de terapêuticas incipientes, que por vezes eram utilizadas de forma desumana e coercitiva.

Todavia, nas últimas décadas, amplas mudanças ocorreram no atendimento ao portador de transtorno mental. As narrativas dos colaboradores mostraram benefícios que envolveram a qualificação e maior quantidade e tipos de categorias dos trabalhadores, a diminuição do número de pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos, uma nova percepção sobre o transtorno mental e seu portador, um novo modo de se relacionar com os pacientes e modalidades terapêuticas que visam à ruptura com o modelo hospitalocêntrico e com técnicas desumanas, viabilizando a humanização, a reinserção social, a autonomia e o exercício da cidadania.

Ao retratarem a atual assistência em saúde mental, os colaboradores manifestaram a existência de mudanças que rompem com saberes e práticas cristalizadas no contexto manicomial. Mas também evidenciaram lacunas que apontam que a reforma psiquiátrica está longe de ser concretizada. As vivências externadas ressaltaram o número insuficiente de serviços extra-hospitalares, a falta de recursos humanos em quantidade e qualidade necessários e a desassistência e maus tratos que o portador de transtorno tem sofrido em um passado muito recente.

Diante dessas fragilidades para a consolidação do modelo psicossocial, ressalta-se a necessidade de os gestores atuarem no sentido de disponibilizar o número adequado de vagas em dispositivos de tratamento extra-hospitalares, com os cuidados apropriados a todos os usuários, capacitação de recursos, bem como o preparo e cuidado da comunidade e da família para a inserção do portador de transtorno mental na sociedade. Ainda, é importante que o modelo

de atenção psicossocial seja abordado nos cursos de graduação da área da saúde para possibilitar um espectro amplo aos profissionais acerca do cenário atual da saúde mental, visto que o portador de transtorno mental e seus familiares estão em todos os estabelecimentos de saúde, requerendo assistência de qualidade.

Estudos como este se justificam e são relevantes para que não se perca de vista que atrocidades como as mencionadas pelos colaboradores não devem jamais ocorrer e que o padrão hospitalocêntrico se mostrou mais teratogênico do que reabilitador. Espera-se que novas investigações avancem nessa direção de modo a somar esforços para a melhoria do cuidado em saúde mental e para a efetivação do modelo de atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. C. F.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, M. M. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 2, p. 202-210. 2005.

AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 45-65.

AMARANTE, P. (org). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. Rumo ao fim dos manicômios. **Mente & Cérebro**. São Paulo, n. 164, p. 30-35, set. 2006.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE; R. L. P.; PEDRÃO, L. J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 737-742, set./out. 2005.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N.; GAUDÊNCIO, M. M. P. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 485-491, jul./set. 2009.

BARAN, B. *et al.* O advento do tratamento psiquiátrico moderno: a terapia convulsiva de László Meduna. . **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 165-169, jul./ago. 2008.

BARROS, L, H. Lima Barreto e literatura de urgências: a escrita do extremo no domínio da loucura. Tese (doutorado). Instituto de Letras - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2007.

BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub/judice**. 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BARROS, S. Ensino da enfermagem psiquiátrica e reabilitação psicossocial. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. (Org.). **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 73-80.

BASTOS, O. Primórdios da psiquiatria no Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 154-155, mai./ago. 2007.

BIELEMANN, V. L. M. *et al.* A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 131-139, jan./mar. 2009.

BORBA, L. O. **Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno mental em face da reforma psiquiátrica**. 183f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

BORENSTEIN, M. S. *et al.* Historicizando a enfermagem e os pacientes em um hospital psiquiátrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 201-205, mar./abr. 2003.

BORENSTEIN, M. S. *et al.* Terapias utilizadas no Hospital Colônia Sant'Ana: berço da psiquiatria catarinense (1941-1960). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 665-669, nov./dez. 2007.

BORILLE, D. C. **A construção de um marco de referência para o cuidado em saúde mental com a equipe de um hospital psiquiátrico**. 143f. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

BOTTI, N. C. L. Uma viagem na história da enfermagem psiquiátrica no início do século XX. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 725-729, dez. 2007.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.640, de 10 de julho de 2002. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 9 ago. 2002. Seção 1, p. 185.

BRASIL. Decreto-Lei nº. 4.725, de 22 de setembro de 1942. Reorganiza a Escola Profissional de Enfermeiros criada pelo decreto nº. 791, de 27 de setembro de 1890, e dá outras providências. **Coleção de Leis do Brasil**, Rio de Janeiro, 1942.

BRASIL. Decreto nº. 1.077, de 04 de dezembro de 1852. Approva e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo. **Collecção das leis do império do Brasil de 1852**, Rio de Janeiro, 1853.

BRASIL. Decreto nº. 24.559, de 03 de julho de 1934. Dispõe sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas. **Coleção de Leis do Brasil**, Rio de Janeiro, 1934.

BRASIL. Decreto nº. 791, de 27 de setembro de 1890. Crêa no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. **Decretos do Governo Provisorio da República Dos Estados Unidos do Brazil**, Rio de Janeiro, 1890.

BRASIL. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Regulamenta o exercício dos profissionais de enfermagem. Brasília, DF, 1986. Disponível em: < http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/exerc_p/LF7498_86exerc_p.doc >. Acesso em: 15/08/10.

BRASIL. **Memória da Loucura**: apostila de monitoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.

BRASIL. **Saúde Mental em Dados 7**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRUSAMARELLO, T. *et al.* Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 79-84, jan./mar. 2009.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 477-484, jul./set. 2009.

CANABRAVA, D. S. *et al.* Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 170-176, jan./mar. 2010.

CARRANO, A. **Canto dos malditos**. 2. ed. São Paulo: Lemos-Editorial, 1993.

CHISTÓFORO, B. E. B.; ZAGONEL, I. P. S.; CARVALHO, D. S. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 55-60, jan/abr. 2006.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA. O mundo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 141-168.

CURITIBA. **Protocolo integrado**: saúde mental em Curitiba. Curitiba, 2002.

CURITIBA. **Saúde mental em Curitiba**. Rio de Janeiro: CEBES, 2003.

DELGADO, P. G. G. *et al.* Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-79.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n.1, 2009. CD-ROM.

ESTELMHSTS, P. *et al.* Emergências em saúde mental: prática da equipe de enfermagem durante o período de internação. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p. 399-403, jul./set. 2008.

FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories**. 2 ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005.

FERNANDES, J. D. A trajetória do ensino de graduação em enfermagem no Brasil. In: TEIXEIRA, E. *et al.* (org). **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. p. 9-20.

FERNANDES, J. D. **O ensino de enfermagem e de enfermagem psiquiátrica no Brasil**. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FRAGA, M. N. O.; SOUZA, A. M. A.; BRAGA, V. A. B. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 207-211, out./dez. 2006.

FUKUSHIMA, E. M. **Histórico do hospital colônia Adauto Botelho**. Curitiba, 2010 [digitado].

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 11, n. 3, p. 785-795, jul./set. 2006.

GEORGE, J. B. *et al.* **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GOULART, M. S. B. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 1, n. 1, p. 1-19, jun. 2006.

GUIMARÃES, A. N. *et al.* O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 20, p. 274-282, abr./jun. 2010.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 317-324. 2005.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem.** 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006, p. 252-260.

LINARD, A. G.; PAGLIUCA, L. M. F.; RODRIGUES, M. S. P. Aplicando o modelo de avaliação de Meleis à teoria de Travelbee. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 9-16, abr. 2004.

LOYOLA, C. Notas sobre cuidar em enfermagem psiquiátrica. In: CAVALCANTI, M. T.; FIGUEIREDO, A. C.; LEIBING, A. (Org.). **Por uma psiquiatria inquieta.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008. p. 64-70.

MACHADO, K. Como anda a reforma psiquiátrica? **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 11-19, out. 2005.

MAFTUM, M. A.; ALENCASTRE, M. B. A prática e o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.7, n. 1, p. 61-67, jan./jul. 2002.

MAFTUM, M. A.; ALENCASTRE, M. B. O cenário da qualificação docente de enfermagem em saúde mental no Paraná. **Nursing**, São Paulo, v. 11, n. 124, p. 404-410, set. 2008.

MAFTUM, M. A. **O Ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica no Paraná.** 151f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MAFTUM, M. A.; STEFANELLI, M. C. A comunicação terapêutica vivenciada por alunos do curso técnico em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 752-763, mai./ago. 2000.

MESSAS, G. P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 65-98, jan./mar. 2008.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral**: como fazer como pensar. São Paulo: Contexto, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário**: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo: Cortez, 1994.

MIRANDA-SÁ, L. S. J. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 156-158, mai./ago. 2007.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 333-340, mai./jun. 2003.

OLIVEIRA, F. B.; JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V. A prática cotidiana da enfermeira no centro de atenção psicossocial. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. (Org.). **Saúde mental**: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 149-160.

OUYAMA, M. N. **Uma máquina de curar**: o Hospício Nossa Senhora da Luz em Curitiba e a formação da tecnologia asilar (final do século XIX e início do XX). 405f. Tese (Doutorado em História) - Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

PAES, M. R. **Contenção física a pacientes em uma instituição psiquiátrica de internação integral e o cuidado de enfermagem**. 68 f. Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

PAES, M. R. *et al.* Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 479-484, out./dez. 2009.

PAES, M. R. **Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral.** 144f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

PASTORE, D. L. *et al.* O uso da eletroconvulsoterapia no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro no período de 2005 a 2007. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 175-181, set./dez. 2008.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, mai./out. 2004.

PERES, M. A. A.; BARREIRA, I. A. Uma nova enfermagem psiquiátrica na universidade do Brasil nos anos 60 do século XX. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 108-114, mar. 2008.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios.** São Paulo: Editora 34, 1996.

PIZANI, M. A. P. N. **O cuidar na atuação das irmãs de São José de Moutiers na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (1896-1937).** 226f. Tese (Doutorado em História) – Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RABELO I. V. M.; TORRES, A. R. R. Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 219-228, jul./set. 2006.

RIGONATTI, S. P. História dos tratamentos biológicos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 210-212, set./out. 2004.

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica**: que papel é este? Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 1994.

SABBATINI, R. M. E. A história da terapia por choque em psiquiatria. **Cérebro & Mente**, Campinas, n. 4, 1997. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n04/index04.htm>>. Acesso em: 27/072010.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SALLEH, M. A. *et al.* Eletroconvulsoterapia: critérios e recomendações da Associação Mundial de Psiquiatria. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 262-267, set./out. 2006.

SANTOS, C. M. R.; CAVALCANTI, A. M. T. S.; ARAÚJO, E. C. Perfil do enfermeiro que presta assistência em saúde mental. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 2, n. 1, p. 78-86, 2008. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagemnova/index.php/revista/article/viewFile/409/402>>. Acesso em: 22/07/2010.

SANTOS, N. G. **Do Hospício à Comunidade**: Políticas Públicas de Saúde Mental. Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 1994.

SILVA, M. L. B.; CALDAS, M. T. Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 344-361, jun. 2008.

SILVA, M. O. C. **Conter a agressividade**: uma dupla ajuda. Curitiba, [199?] [digitado].

SILVA, W. V. Reflexões sobre o cuidar em saúde mental. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. (Org.). **Saúde mental**: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 81-92.

SIQUEIRA JÚNIOR, A. C.; OTANI, M. A. P. Atendimento ao paciente agressivo através da técnica do grupo de 8. **Nursing**, São Paulo, v. 1, n.7, p.19-23, dez. 1998.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas.

São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOARES, R. D. **O papel da enfermagem do centro de atenção psicossocial de um município da região metropolitana de Curitiba**. 40 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

STOCKINGER, R. C. **Reforma psiquiátrica brasileira**: perspectivas humanistas e existenciais. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

STUART, G.W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem psiquiátrica**: princípios e prática. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.25-59, jan./abr. 2002.

TOMEY, A. M. **Nursing Theorists and their work**. 3ª ed. Missouri: Mosby, 1994.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**: el proceso de la relación de persona a persona. Colômbia: Carvajal, 1979.

WAIDMAN, M. A. P.; JOUCLAS, V. M. G.; STEFANELLI, M. C. Família e reinserção social do doente mental: uma experiência compartilhada pela enfermeira. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 97-100, 1. sem. 2002.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSEEN, I.; MARCON, S. S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 282-291, ago. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Textos finais elaborados a partir das entrevistas dos colaboradores

Colaborador: C1

Tom vital: Entrei na área da psiquiatria em 1981. Os hospitais psiquiátricos eram verdadeiros depósitos humanos, a qualidade profissional era muito ruim, existiam terapias desumanas. Hoje, diante da atual legislação em saúde mental houve melhora significativa na assistência em psiquiatria, como a descronificação dos pacientes. Por outro lado, percebo que o Estado brasileiro não está preparado para aplicar a legislação em sua totalidade.

Comecei a trabalhar na enfermagem como atendente de enfermagem em hospital clínico no ano de 1973. Eu trabalhei no [nome de um hospital geral] e no [nome de outro hospital geral] por muitos anos. Quando entrei na área da psiquiatria, em 1981, eu era auxiliar de enfermagem. Não fui para a psiquiatria por opção profissional, porque eu gostava, fui porque eu ia trabalhar no [nome de um hospital geral] e o pessoal de lá me mandou para o [nome de um hospital psiquiátrico]. Com o tempo, me acostumei com essa área e acabei ficando. Depois, quando comecei a faculdade de enfermagem, eu entrei aqui [refere-se ao hospital psiquiátrico campo deste estudo] e também trabalhei por um tempo no CPM.

Naquela época, a psiquiatria foi muito utilizada como recurso de interesse médico, injustiça e descaso familiar. Houve um tempo em que os médicos se credenciavam no INPS, e caso você fosse médico podia internar paciente no hospital que quisesse se fosse credenciado pelo INPS. Então, acontecia muito de esse profissional manter pacientes internados por dez anos ou mais, eram pacientes dele. O Doutor [nome de um psiquiatra], por exemplo, foi um médico que teve muitos pacientes, ele tinha mais de 500, imagina se um médico consegue tratar de 500 pacientes! Também houve alguns médicos que internavam bandidos. Eu conheci um paciente que matou a esposa e foi internado no hospital para se livrar da cadeia.

A família cometia muitas injustiças. Se você tinha uma fazenda e se seus familiares quisessem interditá-lo, quisessem tomar sua fazenda, eles diziam que você não tinha condições de tocá-la. Então, conseguiam interná-lo. A família o interditava.

O descaso familiar também era comum. Muitas pessoas que davam trabalho para os seus familiares em casa eram internadas durante anos sem ter necessidade. Eu conheci um paciente que foi internado que podia estar em casa, e o internamento mudara toda a sua vida, a maneira de ele ser. Nós tínhamos, por exemplo, um paciente que tinha a chave das portas das unidades, era como se ele fosse um funcionário. Ele nos ajudava, ia à panificadora, trabalhava, quem o visse imaginava que fosse um funcionário. Quando íamos para a cidade fazer pagamento, às vezes, ele ia junto e chegava ao hospital com os bolsos cheios de coisas velhas que tinham sido encontradas no chão, como pregos e parafusos. Isso acontecia porque o mundinho dele ficou do tamanho do hospital. Ele não conhecia o mundo lá fora, o mundo dele lá fora havia diminuído. Então, o internamento por longos períodos mudava radicalmente a vida do ser humano.

Os hospitais psiquiátricos eram verdadeiros depósitos, asilões, para quem foi funcionário, foram verdadeiros asilos mesmo. Muitas pessoas eram internadas sem necessidade e até sem ter transtornos mentais.

Quando eu trabalhei no CPM, tive conhecimento de como funcionavam as admissões nos hospitais psiquiátricos. Lá era assim: havia um local para alcoolistas, um local de internamento masculino e um local de internamento feminino. Era como um hospital pequeno, mas um hospital de passagem. Havia, se não me engano, dez vagas femininas, dez masculinas e umas 12 ou 13 vagas de alcoolistas. Essas pessoas ficavam internadas por mais ou menos oito dias. As que melhoravam, recebiam alta e as demais eram transferidas para outro estabelecimento. Os pacientes que tinham família iam para o [nome de um hospital psiquiátrico privado] ou o [nome de outro hospital psiquiátrico], e aqueles que não tinham família, que não tinham como contribuir com seus gastos, eram mandados para cá [refere-se ao hospital campo deste estudo], esses provavelmente seriam moradores crônicos.

Então, o [nome do hospital campo deste estudo] foi um hospital que não teve muito paciente com família. Quando recebíamos paciente aqui,

acontecia muito de perguntarmos a ele: De onde é que você é? E ele responder: Não sei. Como é o seu nome? Também não sei. É Paulo? É Paulo. É José? É José. Então era escrito ignorado no prontuário dele. Nós tivemos vários pacientes que morreram aqui e que não sabíamos nem quem eram e nem de onde eram seus familiares.

Nós tínhamos uma paciente, a que chamávamos de Alfa, eu perguntava para ela de onde ela era e ela respondia bem baixinho que era de Arapiraca, na Bahia. Então provavelmente alguém a mandou para cá. Nós tínhamos um paciente que dizia que morava perto de uma serraria. Chegaram a levá-lo a Santa Catarina, mas nunca foram encontrados seus familiares. Ele viveu mais de 15 anos aqui e depois foi para uma residência terapêutica.

Nos hospitais psiquiátricos privados, na admissão de pacientes os interesses financeiros predominavam. No [nome de um hospital psiquiátrico que trabalhou], também houve muitos doentes crônicos, mas lá a gente sabia quem é que era a família do fulano de tal, sabia que o sicrano era parente do dono daquela empresa de ônibus. Sempre caía dinheiro para alguém, alguém pegava dinheiro.

Com relação à assistência de enfermagem prestada, nós tivemos um grande problema no passado e que chega a persistir até hoje, é a questão de como os funcionários mais antigos do hospital ingressaram na enfermagem. Aqui [refere-se ao hospital campo deste estudo], naquela época, ainda não havia concurso público. Nós tivemos, por exemplo, funcionário que trabalhou na construção desse hospital, que era pedreiro, servente, trabalhava na lavanderia, e que veio a trabalhar na enfermagem. O sujeito que trabalhava aqui trazia o irmão, aí trazia o primo, trazia até a família toda. Tivemos um funcionário que conhecia o prontuário pela cor, ele não sabia nem ler o nome da paciente no prontuário. Então, nós tivemos essa dificuldade. Hoje menos, porque grande parte desse pessoal já se aposentou. De três anos para cá, mais de cem funcionários se aposentaram, outros faleceram. Mas houve época em que 70% dos funcionários daqui não possuíam nenhum curso de enfermagem. Então, a qualidade profissional aqui foi muito ruim.

Antigamente o papel da enfermagem era mais prático, de dar medicação, ajudar na contenção, na segurança do paciente. Os banhos eram feitos conforme a necessidade. Conta-se, eu não participei desse tempo, que

há muitos anos o banho era realizado de mangueira. Eu acredito que era mesmo, porque, veja bem, em uma unidade que hoje comporta 30 pacientes já estiveram internados 170. Você imagina para esses 170 tomando banho, como é que 170 pessoas vão tomar banho de uma vez só! Naquele tempo, não havia nem colchões em número suficiente, os funcionários pegavam capim, cortavam e colocavam no chão das enfermarias. Estendiam um lençol por cima, um cobertor, e ali dormiam os pacientes, igual bichos, empilhados uns em cima dos outros.

Chegamos a ter 1000 e poucos pacientes internados nessa instituição. Houve época em que nós tínhamos a [nome de uma enfermeira] sozinha, depois nós tínhamos a Dona [nome de outra enfermeira] também sozinha, então não dava para fazer uma supervisão direta. Com isso, havia um descontrole de medicação, havia funcionário que carregava um punhado de ampicilil no bolso e quando via um paciente agitado já dava um remédio para ele tomar.

A alimentação também era precária. As verduras não eram escolhidas e nem bem lavadas. Era como comida de quartel, quando se cozinha muito arroz no mesmo balde vai acontecer de ele ficar cru no meio.

Essas situações foram melhorando com a diminuição do número de pacientes. Houve uma época em que foi realizado um mutirão de serviço social, com o engajamento de todo o hospital. De 1600 pacientes internados, passamos a ter 600 e poucos. Conforme foram encontrados os familiares de pacientes, eles foram mandados de volta para casa, nos diversos estados do país. Houve indivíduo que foi mandado até para Alagoas, Ceará e Acre.

No que diz respeito aos tratamentos utilizados na psiquiatria, antigamente não havia recursos, a comunidade científica ainda era muito incipiente. Então existiam terapias desumanas. Anteriormente ao meu tempo, havia, por exemplo, injeções que eram aplicadas com a finalidade de causar dor no paciente ou que ocasionavam um abscesso no braço dele e fazia com que ele parasse de agredir.

Também houve a insulino terapia. Eu não cheguei a vivenciar a aplicação da insulino terapia, mas era feita assim, aplicava-se uma dose de insulina no paciente no primeiro dia e depois ia aumentando aquela dose progressivamente por alguns dias até que o paciente entrava em coma

insulínico. Logo, era aplicada uma glicose endovenosa nele para reverter esse quadro. Outra terapia foi o cardiazol, que era um de tratamento de choque também, era uma ampola que se injetava no paciente e provocava convulsão. Imagino que essas práticas não tinham valor terapêutico.

Desses tipos de terapias mais antigas, cheguei a aplicar alguns eletrochoques. Ele era um aparelho em que colocávamos uma carga elétrica pesada e molhávamos duas bonequinhas com uma água de sal para elas atuarem como transmissoras de eletricidade ionizável. Amarrávamos o paciente em uma cama, colocávamos uma borracha na sua boca para ele não morder a língua, juntávamos umas duas ou três pessoas para cuidar do paciente, para não deixá-lo ficar se debatendo, para que não se machucasse. Então eram encostadas as duas bonequinhas de uma vez só na fonte do paciente, uma de cada lado. Um botão era apertado e ele convulsionava na hora.

Normalmente os profissionais que participavam da aplicação do eletrochoque eram o médico e o pessoal da enfermagem, principalmente o auxiliar e o técnico, porque naquela época havia pouco enfermeiro. É claro que esse tratamento tinha vários riscos, como em casos de sujeitos cardiopatas, que poderiam ter uma parada cardíaca.

Era uma coisa ruim para o paciente, não era confortável. Tanto que na segunda ou terceira aplicação do eletrochoque, nós tínhamos que pegar o paciente a cachorro para poder fazer a administração. Inclusive, houve épocas, antes de eu entrar no hospital, que funcionários usavam aquilo como castigo. Pensavam que se o paciente perturbasse, davam choque. Era como com uma criança que faz arte e apanha de vara, a mesma coisa acontecia. Então o eletrochoque não era só tratamento, era castigo também.

Em alguns casos, o eletrochoque ajudava um pouco, tirava o paciente dos delírios, diminuía a agitação, algumas pessoas melhoraram com isso. Mas para outras, esse tratamento não funcionava. Eu acredito que isso cronificava alguns pacientes, deixava sequelas, tirava a capacidade de reação deles.

Há uns oito anos, nós tivemos um médico que foi transferido pra cá, antigamente ele já tinha trabalhado aqui. Ele tentou implantar de volta no hospital o eletrochoque, mas a equipe não aceitou.

Vivenciei o tempo da solitária. O cubículo era uma forma de se defender do paciente agressivo, pois a medicação ainda era fraca, não havia como fazermos muita coisa, então existiam aqueles cubículos resistentes, feitos de madeira resistente, com portas de ferro. O paciente era colocado no lençol de contenção e jogado para dentro do cubículo. Ali havia um banheiro do lado, às vezes havia banheiro turco onde os pacientes podiam fazer suas necessidades, e a cama era de cimento, com um colchão em cima. Luz nem sempre havia. No cubículo no [hospital psiquiátrico X], por exemplo, não havia luz.

Eu não peguei a época de cubículo aqui no hospital [campo deste estudo], mas o cubículo aqui era diferente, era tipo um quartão. Inclusive lá no fundo de uma das unidades femininas dá para ver aquelas portas de espessura bem grossa com buraquinhos na janela, eram os cubículos. Mas houve cubículo diferente desses daqui. O cubículo lá no hospital [hospital psiquiátrico X], por exemplo, era pequenininho mesmo.

O paciente ficava lá dentro duas, três horas, dependendo do paciente e do humor do funcionário, porque essas coisas muitas vezes não eram fiscalizadas por outros profissionais. Havia momentos em que o paciente enchia o saco e era levado ao cubículo. Eu mesmo cheguei a fechar paciente de madrugada no cubículo.

Foi ainda na década de 1980 que surgiram as medicações mais fortes, houve a entrada de outras categorias profissionais no hospital, como a psicologia, e também começaram a ocorrer críticas a respeito de tratamentos, como o eletrochoque.

Até a década de 1990, o lençol de contenção foi muito utilizado aqui no hospital [campo deste estudo]. Ele era como um colete feito de uma lona grossa que você veste no paciente e o amarra na cama. Tinha aberturas nas quais se colocavam a cabeça, as pernas, os braços e as correias com fivela para atar. O lençol de contenção tinha alguns aspectos bons. Um deles era poder tirar rápido o paciente da contenção, no máximo em dois ou três minutos.

Hoje a contenção é realizada quando o paciente está se autoagredindo, agredindo alguém, quebrando patrimônio. São utilizadas faixas para conter a pessoa no leito. É importante todo um cuidado para conter o paciente, porque a contenção tem que ser terapêutica, ela não pode ser feita

por birra, do tipo “não gosto de você, então vou te conter”. Quando uma pessoa é contida, o enfermeiro supervisor precisa ver, fazer uma avaliação, o médico também avalia, prescreve a contenção, prescreve medicação se necessário, o enfermeiro carimba, faz prescrições de enfermagem, então é uma coisa legalizada e organizada.

O indivíduo pode ficar no máximo três horas na contenção, se ele dormir contido, logo após deve ser solto. Alguns cuidados são importantes, como conter o paciente sempre o mais próximo do posto de enfermagem, não deixá-lo sozinho, procurar olhá-lo a todo momento, verificar sinais vitais, observar se ele está bem, se está tendo resposta e caso continue muito agitado é importante chamar o médico para ver se não há necessidade da prescrição de uma medicação, não dar líquidos ou alimentos e cuidar para que os demais pacientes também não dêem.

A assistência de enfermagem na saúde mental, embora ainda precise melhorar, já melhorou bastante. Hoje nosso papel é diferente. A gente vem trabalhando algumas mudanças no sentido da autonomia do paciente, ao fazer com que ele corte a barba sozinho e não ficar cortando a barba para ele, que ele tome banho sozinho e não ficar esfregando o sabão nele. Isso melhorou bastante.

Nós participamos nos grupos com pacientes, orientação de família, discutimos altas hospitalares, condutas de tratamento, os enfermeiros da supervisão avaliam todas as contenções, verificam se realmente são necessárias, se chegarem à unidade e acharem que a contenção não deve ser feita, têm autoridade pra fazer isso, hoje é exigência que o enfermeiro faça a evolução dos pacientes, escreva aquilo que faz, coisa que era proibido antes. Eu passei por uma situação uma vez em que fui chamado pela direção por ter escrito em um prontuário. Enfermeiro não podia escrever em prontuário, porque era considerado um instrumento médico. Isso vem mudando, hoje existe uma exigência do Ministério da Saúde de que o enfermeiro faça pelo menos uma vez por semana a evolução dos pacientes.

Hoje o enfermeiro atua de igual para igual com todos os demais profissionais. Somos bem aceitos, não há resistência de nenhum profissional em darmos nossas opiniões. Nas reuniões de equipe, a gente discute as

condutas com os pacientes. Eu acho que é um espaço muito grande pros enfermeiros nesse sentido.

Então o pessoal da enfermagem, os enfermeiros vêm integrando mais a equipe, coisa que não havia antes. Até porque enfermeiro era pouco. Havia um para o hospital inteiro, os demais eram auxiliares de enfermagem. Hoje, com o aumento dos enfermeiros, isso tem melhorado. Então a gente vem participando mais, e isso tem aumentado nossa importância. É claro que é preciso melhorar muito mais, o campo da saúde mental é amplo, temos muito a fazer, mas já melhorou bastante.

Nós estamos com uma dificuldade aqui com relação às aposentadorias de diversos funcionários. Na verdade, não sei se isso é problema ou qualidade, talvez para um futuro isso seja qualidade, porém no momento é problema. Estamos com pouquíssimos profissionais. Eu espero que, agora, o próximo concurso mude um pouco essa nossa realidade.

Hoje a alimentação melhorou. A qualidade da comida desse hospital é muito boa. Há uma nutricionista que faz o acompanhamento. Mas eu acho que precisava haver mais nutricionistas, uma na cozinha e outra acompanhando as unidades, verificando, por exemplo, os pacientes que precisassem de dieta hipossódica ou diabética.

A Reforma Psiquiátrica tem defeitos e qualidades. Hoje em dia, com a atual legislação de saúde mental, ocorreu uma grande evolução. Eu acho que a coisa mais importante é a descronificação dos pacientes. Hoje, o tempo médio de tratamento dentro do hospital psiquiátrico é em torno de 40 a 50 dias. Paciente não tem que ficar morando em hospital! O internamento deixou de ser usado muitas vezes como forma de se livrar de cadeia ou para família interditar seu familiar.

A participação dos profissionais no tratamento do paciente, o trabalho em equipe também melhoraram. Essa é uma exigência do próprio Ministério de Saúde. Antigamente, por exemplo, se não ficasse nenhum enfermeiro aqui no hospital, não havia problema. Hoje não. Daqui a pouco, vem o pessoal da fiscalização e olha se o enfermeiro, o psicólogo, o assistente social fizeram as evoluções dos pacientes.

Por outro lado, percebo deficiências na Lei Paulo Delgado no sentido de o Estado brasileiro não estar preparado para aplicá-la em sua totalidade,

para atender a proposta dos tratamentos extra-hospitalares, como os CAPS. Não é simples derrubar os muros do hospital.

Quando damos uma alta hospitalar para uma pessoa e a encaminhamos para um CAPS, ela demora a ser atendida e existem cidades que nem têm esse serviço. A proposta desse tipo de atendimento é uma coisa maravilhosa. No entanto, faltam recursos financeiros. O grande problema é que nenhum governo em nenhuma das esferas coloca recursos financeiros para a saúde conforme manda a Lei, de 12% do PIB. Então, a nossa saúde é deficiente, como os demais ramos da saúde, a psiquiatria não é diferente.

Outro aspecto se refere ao risco de as residências terapêuticas serem transformadas em um hospital pequenino, como se apenas fosse mudado o ângulo do hospital para dentro de uma casa. Aquele programa de volta para casa também, eu acho que ficou meio no discurso. Eu até hoje não vi ninguém receber dinheiro por causa dele.

Sem falar nos estigmas que ainda são muito fortes na cabeça das pessoas, tanto é que, por exemplo, quando nós transferimos um paciente para o [um hospital geral], para o [um hospital especializado em oncologia], algum outro hospital não especializado em psiquiatria, a primeira exigência que se tem lá é que nós mandemos um funcionário junto com o paciente, porque senão eles não internam. Eu trabalho há 23 anos no [um hospital geral público], quando se interna um paciente com confusão mental em qualquer andar daquele hospital todo mundo fica sabendo: ah! tem um louco internado lá em tal andar! O estigma é muito grande. Eu acho que essa questão de criar leito psiquiátrico em hospital clínico não funciona. Como é que você vai colocar um paciente em surto, por exemplo, dentro de uma enfermaria misturado com paciente que está tomando soro ou mesmo se ele ficar sozinho, coloca lá no décimo andar do [nome do hospital geral público], um paciente em surto, o risco de ele sair para o corredor, de pular a janela, é muito grande. Não funciona. É misturar água com vinho. Não vai dar certo. A forma de tratamento como está, está certa. Todavia, é preciso reforçar mais os CAPS, os ambulatorios.

Falta muito ainda na psiquiatria a questão de assistência social, de acompanhar a continuidade do tratamento do paciente depois que ele sai do hospital. A família também tem que participar do tratamento. Com isso vamos

diminuir muito o número de reinternamentos. É por causa da falta de acompanhamento que vemos nos hospitais psiquiátricos pessoas que já foram internadas 30, 40, 50 vezes. Normalmente, quando internamos um paciente já o conhecemos, ele já esteve aqui antes. Ele chega em surto, melhora e vai embora. Não é que o hospital faça milagre! É que o hospital fiscaliza e supervisiona a medicação do sujeito. Em casa, ele não toma. Às vezes, o pai trabalha, a mãe trabalha, o irmão trabalha. Ele não tem com quem ficar, quem o ajude.

Colaborador: C2

Tom vital: Comecei a trabalhar há 21 anos. Os leitos nas unidades eram uns grudados nos outros, muitas vezes não era possível cuidar dos pacientes com qualidade. Acredito que a assistência em saúde mental tem melhorado. Hoje o atendimento é realizado por equipe multiprofissional, reduziu o número de leitos hospitalares e favoreceu a desinstitucionalização. Porém, os serviços substitutivos ainda são insuficientes quanti e qualitativamente, a rede não tem o suporte que deveria ter e falta capacitação dos profissionais. A reforma psiquiátrica é um processo lento.

Comecei a trabalhar aqui no [hospital campo deste estudo] há 21 anos, eu era recém-formada e tinha passado no concurso. Logo que entrei, eu queria ir embora. Assumi a vaga porque me falaram que não iam abrir vagas em outro local enquanto não viesse um enfermeiro pra cá, pois o hospital tinha uma única enfermeira e ela precisava sair de férias. Minha intenção era ficar somente dois anos, tempo necessário para poder pedir transferência, mas acabei gostando e estou até hoje.

Naquela época, os pacientes que chegavam para serem admitidos vinham de todo o estado, éramos porta aberta. Depois, não lembro bem a data, somente o Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM) ficou sendo nossa porta de entrada. A partir daí, todos os internamentos passaram a ser realizados com encaminhamento e avaliação.

Éramos apenas duas enfermeiras para todo o hospital. Realizar a assistência era impossível, pois tínhamos 395 pacientes e mais de 380 funcionários de enfermagem para coordenar. Por isso, sempre trabalhamos mais com os aspectos administrativos e técnicas básicas, não tínhamos como participar muito na assistência.

Cada unidade tinha 60 leitos, um grudado do lado do outro, e ficavam dois funcionários por turno. Eles eram apenas tarefeiros, administravam medicação, auxiliavam na alimentação e realizavam cuidados de higiene, como banho e corte de unha e cabelo.

Muitas vezes não se conseguia realizar um atendimento de enfermagem com qualidade. Uma pessoa com transtorno mental em quadro agudo depende

totalmente da enfermagem, em um minuto que o profissional descuida, pode acontecer alguma coisa. Então é preciso que a enfermagem esteja o tempo todo atenta. Mas naquele tempo, isso não era possível, pois eram muitos pacientes para cada auxiliar cuidar e, além disso, havia muitas atividades para realizar, inclusive as do serviço de copa e de limpeza. Naquela época, ainda não existia no hospital o serviço de copa, e os funcionários dos serviços gerais eram poucos, então havia uma situação emergencial, e quem fazia todos os cuidados de limpeza era a própria enfermagem.

Não presenciei aqui no hospital [campo deste estudo] aquelas terapias mais antigas, como o eletrochoque. Quando comecei a trabalhar, elas não eram mais utilizadas, graças a Deus, estavam no museu do hospital. Mas me lembro de que uma vez, na época em que eu ainda era estagiária no [nome de um hospital psiquiátrico], assisti à aplicação da eletroconvulsoterapia. Foi uma experiência que nunca mais quero ter. É claro que antigamente, em alguns momentos, esse tipo de tratamento tinha o seu valor, pois não existiam as terapêuticas atuais. Mas que era uma situação bastante complicada, isso era, nós, por exemplo, temos até hoje alguns usuários que passaram por esse tipo de tratamento e tem sequelas.

Antes existiam duas ou três salas de isolamento, não eram cubículos, eram leitos à parte, mas logo que entrei no hospital foram extintos. Eu acho que esses espaços são importantes, porque em alguns momentos precisamos dar um certo conforto pro paciente, às vezes se interna uma pessoa em quadro de agitação intensa, e precisaríamos de uma “CTI” [risos], um espaço mais reservado. Mas é difícil, tendo em vista várias situações de ocorrências que já tivemos aqui, até envolvendo o fechamento de uma unidade de adolescentes, e hoje a legislação nem permite um ambiente assim. Mas, às vezes, faz falta ter um leito mais individualizado.

Desde o início, eu presenciei aqui as contenções medicamentosa e mecânica. Esta última foi muito utilizada com os lençóis de contenção. Eles eram feitos de lona e tinham somente aberturas para a cabeça e os membros superiores e inferiores. Amarrávamos no leito. Esses lençóis foram trocados posteriormente pelas atuais faixas. Mas naquela época a contenção não era realizada com uma técnica, não tinha o grupo de 8. O termo utilizado pelos profissionais não era conter, mas sim amarrar, pôr na corda [risos]. Eles

simplesmente iam e seguravam o paciente. Também não havia o cuidado de ter a prescrição médica e nem de fazer um monitoramento.

Foi a partir de 1992 que o atendimento de enfermagem melhorou em decorrência de uma grande contratação de enfermeiros. Passamos a ser um grupo de dez no hospital. Iniciamos a assistência direta realizada por enfermeiro dentro das unidades, e esse profissional passou a atuar mais próximo dos auxiliares.

Penso que a assistência em saúde mental tem melhorado e muito, não só na questão do cuidado de enfermagem, mas também por termos hoje em dia a atuação de outros profissionais. Porque antes faltavam tanto enfermeiro, como psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. Então, é claro que com um maior investimento em profissionais de várias categorias ficou mais fácil nós conseguirmos assumir nosso papel também na assistência.

Atualmente, conseguimos ter pelo menos um enfermeiro presente na equipe, para que ele possa apoiar o trabalho da equipe de enfermagem, acompanhá-la e fazer as orientações necessárias, para que ela consiga realmente exercer as suas funções. Porque a nossa formação normalmente é muito mais clínica e voltada para a execução de tarefas. Mas no momento em que trabalhamos com a psiquiatria é diferente, pois fazemos parte da terapêutica, muitas vezes precisamos tomar decisões e assumir. Então é importante o enfermeiro trabalhar essas questões com a equipe de enfermagem, afinal é ela quem passa as 24 horas com os pacientes. Acredito que a maior mudança relacionada à enfermagem foi nesse sentido, de ver que ela não é apenas para seguir cuidados clínicos, de alimentação, medicação. Também faz parte do tratamento interagir com o usuário, ver com outros olhos, ouvir e observar.

Hoje a enfermagem estimula mais o paciente, trabalha no resgate da autonomia. Não é dar a comida na boquinha, mas é ir lá e fazer o usuário pegar no talher. Antigamente não era assim, os funcionários faziam todas as atividades pelo paciente.

Também temos conseguido fazer prescrição de enfermagem e desenvolver grupos com os pacientes. É muito importante que o enfermeiro possa se sentar com os usuários, fazer orientações e esclarecer dúvidas, porque muitas vezes o paciente entra totalmente perdido na unidade, em um

ambiente que não é o dele, que é desconhecido, cheio de rotinas, com um monte de pacientes, uns melhores do que ele, outros piores, e ele acaba ficando ali. Então é fundamental ter um tempo para poder conversar com o usuário, porque aí não fica somente na questão de averiguar se a pessoa está comendo, bebendo, como estão os sinais vitais, essas coisas com que estamos acostumados referentes a prescrições que o médico faz e a equipe de enfermagem executa. Ao fazer uma abordagem, você se envolve mais com a equipe, pode fazer a partir disso prescrições e contribuir para a melhoria do paciente. Então vejo que isso tem melhorado bastante desde a época em que comecei a trabalhar aqui. Eu sempre comento que é invejável nós termos um grupo de enfermeiros e termos espaço para desenvolver um bom trabalho.

Temos também dificuldades e limitações, nosso dia a dia é corrido, são muitas as atividades para desenvolver, pois ainda não estamos com o quadro de enfermeiros completo e faltam auxiliares de enfermagem. Muitos deles estão se aposentando, vários eram filhos de funcionários daqui, acabaram fazendo um cursinho e são atendentes, é bem complicado. Percebemos que mesmo daqueles profissionais que entraram recentemente pelos concursos públicos são poucos os que se interessam em trabalhar com a psiquiatria. Penso que deveria haver mais investimento nessa área. Desse último concurso, nós acabamos ficando somente com três pessoas aqui no hospital. Os demais, todos entraram e saíram, porque realmente não é fácil conviver com esse tipo de paciente, e se o profissional não estiver bem, ele acaba não ficando mesmo. Além disso, é comum termos uma dificuldade até mesmo de chegar e fazer contato com o paciente. Isso abrange os nossos valores, nossos estigmas e pra desistir disso é complicado. Porque é muito mais fácil vermos a questão mais técnica do que um paciente que está no delírio, conseguir entender que tudo aquilo é delírio e conseguir abordar e trazê-lo aos poucos para a realidade. Para o profissional que está habituado com o “fazer” isso traz uma angústia muito grande. Porque vai haver horas em que você vai deixar o paciente falar e não vai intervir em nenhum momento. Em outros momentos, você às vezes tem que dar uma resposta na hora e isso não está escrito em um lugar nenhum. Então, são coisas que para mim encantam, porque todo dia há uma coisa nova e todo paciente tem características específicas. Quando se interna um, se ele é um daqueles que se reinternam aqui, já até sabemos a

característica de como ele faz, por qual momento que ele passa, de como ele tem as fases. Então é interessante. Eu acho que essa área é muito rica em termos de aprendizado, de sabermos lidar com a pessoa. É uma lição de vida atuar na saúde mental. Aprendemos muito no sentido de abordar, de conseguir separar as coisas, de colocar limites, até onde podemos ir. Mas não é fácil pra equipe de enfermagem que fica as 24 horas.

Eu atuo na supervisão, a rotina ao estar nessa função consiste em receber o paciente, fazer sua admissão, realizar o histórico de enfermagem e encaminhá-lo ao enfermeiro responsável pela unidade, que é quem faz todas as prescrições da assistência. Na supervisão também fazemos os atendimentos emergenciais. Às vezes tem paciente que não está bem, está mais depressivo ou agitado, logo precisamos tomar as medidas de acordo com o quadro dele. Temos todo um cuidado na abordagem, de trazê-lo para o mais próximo da realidade possível.

A abordagem é algo muito importante. Antes nem existia enfermeiro para atuar nesse sentido, hoje já existe, também existem o psicólogo, o terapeuta, toda a equipe. A abordagem envolve muitos aspectos, o modo de chegar, o que e como falar, transmitir confiança para o paciente e protegê-lo. Por exemplo, em um caso em que o usuário está agressivo, muitas vezes ele está mais assustado do que a gente, então é preciso cuidar com tudo isso, explicar onde ele está e se precisar realizar o grupo de 8, tem que pedir ajuda para os outros funcionários, porque nunca conseguimos abordar e fazer contenção sozinhos.

Atualmente a contenção mecânica é realizada com faixas para assegurar a integridade física do paciente, para proteção do outro e também em casos em que o usuário está muito angustiado e não consegue parar e ter um tempo pra ele. Todas as contenções são realizadas com indicação médica. Quando ocorre uma situação de agressividade, que o paciente está agitado, batendo, quebrando, a enfermagem faz a técnica, mas imediatamente o médico é avisado para prescrever. Daí, a supervisão de enfermagem vai lá, vê todos os cuidados, como é que está a circulação do paciente, o estado geral dele. O tempo de contenção é no máximo de três horas. Mas tem paciente que às vezes está muito agitado e pode ultrapassar esse período com monitoramento e acompanhamento constante.

Hoje há a preocupação em observar, atentar para os sinais que o paciente apresenta, para prevenir uma agudização do quadro. Por exemplo, hoje mesmo eu estava aqui na supervisão e tocou o telefone. O funcionário me colocou que um paciente estava muito ansioso e não queria ir pro leito. Então fui lá, observei, tentei conversar com o paciente já antes, porque ele dá sinais. Então sempre se o paciente está diferente do normal a enfermagem já pede uma avaliação, daí o enfermeiro vai lá, já conversa, vê do que ele está precisando, muitas vezes é do quadro psiquiátrico, mas tem ocasiões em que o problema é clínico. Então conseguimos antecipar todo esse quadro. Também há a contenção medicamentosa, se precisar, medica.

Hoje, no contexto da reforma psiquiátrica temos conseguido reduzir o número de leitos, nossa maior unidade para pacientes com transtorno mental tem 30 leitos e na URA tem 40. Mas, mesmo assim a capacidade máxima não é preenchida, sempre estamos com 27 leitos ocupados nas unidades de psicóticos e 30 na URA.

Conseguimos devolver vários pacientes que estavam internados há anos para suas casas e para a sociedade. Localizamos familiares de usuários até em São Paulo e Mato Grosso. Aqueles que não tinham mais laços familiares e tinham maior autonomia foram para duas residências terapêuticas e os mais dependentes foram para o [nome de uma associação beneficente].

Eu tive uma experiência muito interessante com residência terapêutica. Além de trabalhar aqui no hospital, atuo como enfermeira na prefeitura. Eu fui coordenadora de unidade de saúde e agora trabalho na secretaria municipal de saúde na coordenação de prontuário eletrônico. Em 2002, quando começou a história de desinstitucionalizar os pacientes crônicos, fui convidada para participar da montagem da primeira residência terapêutica de Curitiba. Como eu já tinha a vivência aqui do [hospital campo deste estudo], aceitei esse desafio.

Trabalhamos com os usuários do [nome de um hospital psiquiátrico]. A maioria tinha mais de 27 anos de internamento. Eles não conheciam a realidade de ter um lar, consideravam o hospital a casa deles.

Quem nos supervisionou foi o Dr. [nome do médico] de [uma cidade do Brasil]. Nossa equipe tinha profissionais de diversas áreas, como serviço social, enfermagem, psicologia, psiquiatria e musicoterapia. Eu participei mais

na coordenação, como gerente de serviço. Quem atuava na assistência era a enfermeira [nome da enfermeira], ela trabalhava principalmente o resgate do autocuidado, explicava como e quando tomar as medicações, então fazia um calendário com esquema de lua e sol para os pacientes, os preparava para realizar a higiene, fazer compras e até mesmo ir a consultas médicas.

Foi um trabalho lento, mas muito gostoso e gratificante. A partir do momento em que os usuários começaram a vivenciar situações fora da instituição, eles puderam perceber o que era uma casa, o que ela ia conter, escolheram a cor dela, então isso possibilitou que eles fizessem todo um resgate, se lembrassem do passado.

Muitas vezes, quando vivenciamos um ambiente hospitalar psiquiátrico, pensamos que os pacientes com o tempo perdem todos os seus valores, todas as suas capacidades. Mas essa experiência nos fez perceber que isso não é verdade. Ficamos assustados com a evolução deles. De nós estarmos na fase de treinamento de acender o fogão a gás e eles aparecem com um bolo no forno. Então foi uma vivência muito boa.

Uma das coisas que me marcaram bastante foi que todos eram fumantes e a renda da casa não dava para gastar com carteiras de cigarro. Por isso, nós os inscrevemos em um grupo de tabagismo e explicamos que eles precisavam encontrar uma alternativa para poder adquirir o cigarro. Como uma das pacientes sabia fazer crochê, a assistente social propôs que eles fizessem panos de prato para vender. Eles começaram produzir, só que notaram que demorava muito para terminar os panos de prato.

Descobrimos então que os pacientes marcavam pão fiado na panificadora e ao invés de levá-lo pegavam cigarros. Por causa disso, começamos a desenvolver um trabalho juntamente com o conselho local de saúde de alertar a comunidade e a vizinhança para não fornecer nada para eles, porque em toda instituição psiquiátrica quando entramos os pacientes logo pedem cigarros, doces e outras coisas. Então incentivamos que os apoiassem, mas não dessem coisas.

Com isso os pacientes decidiram fazer pão caseiro para vender. Fizeram a primeira vez e uma vizinha gostou e comprou. Então passaram a fazer pão de manhã e de tarde para entrar dinheiro mais rápido para poderem fumar. Nós

da equipe ficamos surpresos. É pra você ver, eles aprendem, conseguem se desenvolver e vão soltando as asinhas!

Eles chegaram a ter até uma vivência de serem assaltados, mas conseguiram superar essa situação e estão superbem. Então foi muito bom. Isso tudo aconteceu há quase oito anos e esses dias eu estava descendo para a Secretaria e vi o [paciente da residência terapêutica], ele estava indo pagar as contas. Antes só andavam acompanhados, um dos profissionais sempre saía com eles e agora andam sozinhos. Então vemos que estão bem.

Acredito que a residência terapêutica seja uma coisa muito boa porque vemos que vários desses pacientes que foram para a casa tinham sido abandonados no hospital, até pela própria família, e ali foram ficando. Eles não tinham nada. Acabaram até pegando todos os tiques de um paciente pela convivência com outros, foi a única vivência que tiveram, mas hoje estão bem.

Vários pacientes do hospital foram visitar a casa e resolveram até sair do hospital, muitos que tinham insegurança com relação a esse projeto perderam. Hoje já são várias casas, umas sete ou oito. Então vemos que é possível. O hospital é muito importante, há momentos em que o internamento é necessário. Mas não dá para privarmos as pessoas de continuar na sociedade.

Eu acho ótima a ideia a reforma psiquiátrica, mas na angústia de torná-la realidade alguns passos foram atropelados. Vejo que com todo mundo tendo que cumprir a legislação, tudo foi se estruturando de repente e unidades hospitalares foram fechadas. Acredito que faltou dar um espaço importante para a capacitação de profissionais. Nós mesmos notamos a dificuldade de um hospital clínico, de uma unidade de saúde, de um médico clínico, atender a todos os pacientes. E se existem os CAPS, os hospitais-dia, mesmo os ambulatorios, ainda estão em quantidade e qualidade insuficiente. Então acaba que a rede não tem o suporte que deveria. É isso que sinto ao ver em minha rotina a forma como os pacientes chegam aqui e como eles têm sido acompanhados.

Outra limitação é que para atuar nessa área é preciso que o profissional tenha afinidade. Vejo por mim mesma, eu cheguei aqui querendo ir embora, entrei para ficar dois anos e acabei ficando. Então é uma área de que gosto. Mas não é sempre assim que acontece, na maioria das vezes o funcionário só

segue o protocolo, ele não vivencia verdadeiramente as situações, não faz uma abordagem. Nós temos sofrido bastante com isso.

Um avanço muito importante em termos de reforma psiquiátrica está sendo o envolvimento da família e a diminuição do estigma da psiquiatria. Penso que hoje a família e a sociedade estão mais sensibilizadas, pois antes o louco sempre ficava trancado e esquecido, hoje não é mais assim. Não temos aqueles casos mais graves, que ficavam presos que nem animais, que não faziam uso de medicamento, como era comum tempos atrás. Atualmente, a doença é diagnosticada mais cedo. Hoje o portador de doença mental chega com um quadro mais precoce, a maioria que vem já passou por ambulatório, não vem sem tratamento nenhum. Além disso, os recentes fármacos têm colaborado muito para que os internamentos sejam mais curtos, não longos como era anteriormente, e existe toda uma solicitação para que os familiares estejam envolvidos no tratamento, acompanhando o usuário. Percebemos que a participação da família tem contribuído na redução do tempo de permanência no hospital. Então acredito que é nisso que a reforma, toda essa legislação que tem, vem contribuindo.

A questão do Programa de Volta Para Casa é complicada. Nossa clientela aqui é mais pobre. Logo no início, quando surgiu o programa, muitas vezes percebíamos que a família aparecia mais por causa do recurso. Hoje já não é mais tanto assim. Acho que essa estratégia contribuiu bastante. Pelo menos para as residências terapêuticas foi importante, vemos que os pacientes contavam bastante com o dinheiro, com o Programa. Porque lá eles recebem, além do benefício do financiamento da residência, o benefício do Programa de Volta Para Casa.

Agora a reforma psiquiátrica teria que acontecer também dentro do hospital clínico, porque hoje não acontece. Há uma discriminação muito grande de pacientes psiquiátricos, em surto, com intercorrência clínica. Nós temos muita dificuldade para transferir os usuários aqui quando ocorre algum quadro clínico agudo. Porque a psiquiatria está fazendo a parte dela, mas a parte clínica ainda falta bastante.

Mas então foi isso, as mudanças ao longo desses anos aconteceram e estão acontecendo aos poucos. Porque parece que 20 anos é muito tempo, mas não é assim que se passaram dez anos e mudou isso, 15 anos e mudou

aquilo. É um processo lento. A história do início do hospital é que os pacientes dormiam no chão, o banho era dado de mangueira, mas quando eu entrei aqui, graças a Deus, já não havia mais isso. Quando entrei, era que nem hoje. Claro que a estrutura atual é muito melhor. Havia 60 pacientes, e era um leito grudado no outro, hoje são 30 leitos.

Colaborador: C3

Tom vital: Comecei a trabalhar no hospital em 1981. No início, eu sentia medo e dó dos pacientes. O tratamento era desumano, o hospital psiquiátrico era local de exclusão daqueles considerados incômodos para a sociedade. Eram muitos pacientes vivendo em condições precárias de higiene, muitos sofriam maus tratos, não havia como realizar com qualidade os cuidados de enfermagem. Agora o tratamento está melhor, as unidades têm menos pacientes, o atendimento é realizado por equipe multiprofissional. Quanto à desinstitucionalização dos pacientes, uma vez que haja como ampará-los lá fora, isso é bom.

Quando criança, eu vim com minha família de [nome de um município do Paraná] para cá. Nós morávamos em uma daquelas casinhas de madeira ali do lado do hospital. Logo que chegamos aqui, meu pai conseguiu serviço na parte de construção do hospital. Ele me trazia para cá juntamente com meus irmãos. Depois ele se tornou guardião e em seguida passou a trabalhar na enfermagem. Ele não tinha curso específico para isso, entrou sem nada mesmo. Minha mãe também começou a trabalhar na enfermagem, igualmente sem curso.

Comecei a trabalhar no hospital em 1981. Tinham aberto vaga para vários serviços, aí vim dar uma olhada. Na metade do primeiro dia de trabalho, eu já queria ir embora. Eram muitos pacientes, a assistência era precária, era péssimo, era horrível. Tive um pouco de medo, um pouco de dó, um pouco de tudo. Mas como minha mãe trabalhava aqui e eu precisava ajudar em casa, acabei ficando.

Iniciei como servente. Posteriormente, fiz o curso de atendente de enfermagem e passei a trabalhar nessa área. Mais tarde, fiz o curso de auxiliar de enfermagem.

Antigamente era péssimo, horrível. O tratamento era muito desumano. Os pacientes não eram tratados como seres humanos, mas sim como bichos. Aconteceu de vários morrerem.

Eu não estava aqui na época, mas meus pais contam que naquela neve que deu em meados da década de 70, morreu um monte. Por causa do frio, os pacientes ficavam amontoados para tentar se aquecer. Os mais fracos iam morrendo.

Quando entrei aqui, os pacientes chegavam ao hospital por aqueles portões menorezinhos lá atrás. Eles eram descarregados como se fossem bois. Era assim, eles eram pegos na cidade e trazidos para cá. Havia de tudo, gente boa, gente ruim, bandido. Muitos pacientes chegaram aqui por causa de abandono familiar. Não era feita uma triagem como acontece hoje. Vinham direto para cá. Eram trazidos principalmente pela polícia. O internamento servia para prendê-los aí, porque eram um incômodo pra sociedade lá fora. Hoje eu acho que essa visão ainda existe, menos, mas existe.

Eram muitos pacientes. Na época, eram mil e poucos. Cada unidade chegava a ter 100, 110 pacientes para apenas dois funcionários ou três no máximo. Não dava para realizar com qualidade todos os cuidados. O que se fazia era passar um batonzinho aqui, ali, mas não conseguia fazer tudo. Com isso acabavam acontecendo algumas mortes, como aquelas em consequência de agressões entre pacientes que não eram vistas. Foi no final da década de 80, por exemplo, que um paciente matou outro ao tirar a cabeceira de uma cama e dar na cabeça dele. Esfacelou tudo. E era assim, fim de mundo.

A maioria dos pacientes eram moradores. Havia os agudos em outras unidades. Mas eu trabalhei mais na unidade de moradores. Eles são pacientes muito dependentes, chegaram a cronificar. Existe paciente aqui há mais de 30 anos, pra 40 anos. O hospital já está com 56 anos. Já tem paciente aí que tem uns 50 anos. Ficaram assim muito catatônicos. Por exemplo, se deixá-los ali em um canto, eles ficam ali; se der comida, eles comem, se não der, não comem. Muitos não conseguem se alimentar pela condição psíquica, outros, por ter deficiência física. Muitos têm deficiência física. Na unidade de crônicos, era difícil uma alta. Começou a haver depois, quando começaram a investir na localização das famílias.

Antigamente, não havia preparo para atuar na assistência de enfermagem. Aprendia aqui mesmo. Pegava os pacientes e ia treinando. Antes era só banho, alimentação e medicação, não havia mais nada.

Os pacientes dormiam em colchões feitos de capim. Eles faziam as necessidades ali mesmo e ali ficava. Não dava para lavar por ser capim, então tinha que tacar fogo no colchão.

Os banhos eram realizados nos chuveiros. Eu não cheguei a ver os banhos de mangueira, mas pelos relatos antes de eu entrar aqui o banho era de mangueira no meio do pátio, com água fria. Havia paciente que se escondia no fundo do pátio e ficava até mês sem tomar banho.

A higiene bucal poucos faziam, os que sabiam. Os pacientes que se virassem. Cuidados com unha, cabelo e barba, eles tinham, mas era assim, por exemplo, quando um resolvia cortar fazia fila e tacava a máquina no cabelo do povo. Cabelo comprido, apareceu piolho, cortava. Existia muito piolho, então para evitar, também cortava.

Havia ainda muita pulga e aquelas muquiranonas que saíam correndo dos pescoços dos pacientes. Aí igualmente, o cabelo era cortado e passado remédio pra escabiose.

Quanto à alimentação, de manhã era colocado um panelão de café no meio do pátio. Os pacientes que estavam melhores iam pegar. Eles colocavam a caneca lá dentro. Quando o paciente não conseguia ir lá pegar a caneca, por exemplo, quando tivesse com uma depressão profunda, ele ficava sem. Caso a enfermagem não estivesse meio atenta ali, ele ficava sem. No almoço e na janta havia feijão, arroz e uma mistura. Mas não era feito que nem agora. Antigamente existiam aqueles panelões grandes, era a enfermagem que servia. Não existia o serviço de copa, esses carrinhos que as copeiras trazem hoje com as refeições. Alguns pacientes iam comer no pátio, uns em um canto, outros em outro, outros nem comiam. Isso começou a mudar mais ou menos em 1986, depois de 1988, ficou bom.

Então era assim, os pacientes almoçavam, estendiam-se no pátio, tomavam sol e ficavam até a gente chamar pra alguma coisa, medicação ou alimentação. Naquela época, não havia preocupação com cuidados com o sol como se tem hoje.

Existiam maus tratos com pacientes, aconteciam muitas agressões. Um tipo de agressão era a borracha. Era um borrachão assim [mostrou com as mãos um comprimento de aproximadamente um metro]. Alguns funcionários, não eram todos, chicoteavam os pacientes com isso, davam neles. Também

batiam com as mãos, empurravam, beliscavam, chutavam. Isso na verdade sempre aconteceu, não faz muito tempo não, acredito que de uns dez anos para cá é que deu uma aliviada, parou de acontecer. Houve várias histórias aí também de funcionários que foram agredidos por pacientes.

O eletrochoque, eu vi uma vez de longe. Não cheguei a participar, só conheci a maquininha. Funcionava assim: colocava na cabeça e largava uma voltagem. Era uma terapia mais para acalmar o paciente. Mas não sei não! Eu não cheguei a ver, dizem que eles saíam da aplicação do eletrochoque tudo 'greg'.

Também existiam os cubículos onde os pacientes eram jogados. Era uma cela. Quando o paciente ficava agitado, era colocado nesses lugares, qualquer coisinha era cubículo. O cubículo vivia lotado. Lá havia somente uma patente turca, aquela no chão, que a pessoa tem que se agachar, e um colchão de capim no chão, quando existia. Era escuro. Havia apenas uma janelinha lá em cima. A comida era jogada por uma portinhola.

Quando foram extintos os cubículos, no final de 1980, adotou-se o lençol de contenção, aquele jacaré que tem duas aberturas para as mãos e duas para as pernas. Era amarrado na cama, havia fivelas largas para amarrar, ficava bem firme, muitas vezes se colocava uma proteção, como uma fronha. Mesmo se o paciente ficasse muito agitado, ele não tinha como sair. Alguns tentavam sair, uns fortinhos que conseguiam arrebentar. Daí se colocavam dois, um por cima do outro. Os pacientes ficavam no lençol de contenção até dias às vezes. As necessidades fisiológicas eram feitas tudo ali, depois quando retirava o lençol de contenção, era dado o banho, realizada a higiene. Daí ficava observando se resolveu se não resolveu.

Desde a época em que eu entrei aqui até o final de 1980, também existiam as colônias de trabalho, que chamavam de praxiterapia. Ficavam lá pra cima. Os pacientes eram escravos. Tinha o feitor e os escravos trabalhando lá pra ele. O feitor era o [nome do funcionário]. Ele era um funcionário antigo. Era um interno, se eu não me engano, que se tornou funcionário. Era o que mais judiava dos pacientes. Os pacientes eram obrigados a plantar, criar porcos, galinhas. Quando não desempenhavam bem as atividades, sofriam represálias. Eles ficavam com os dedos cheios de bichos. O que se visava era mais ao trabalho, ao lucro, não tinha efeito positivo

na terapia do paciente. Os porcos que eles criavam, por exemplo, eles não podiam comer, eram dados ou vendidos. Pouca coisa ia para eles. Os pacientes que participavam dessa atividade eram aqueles crônicos que conseguiam produzir alguma coisa, os que não conseguiam, não iam. Os selecionados não tinham muita opção, eram levados para trabalhar. Às vezes trabalhavam com dor.

Muitas crianças eram internadas aqui. Antigamente havia o [nome de um pavilhão do hospital campo deste estudo], ficava ali atrás onde é a atual unidade para reabilitação de adictos. Lá era só de criança com transtorno mental, de 12 anos para baixo. Há pacientes internados hoje no hospital que estão aqui desde pequeninhos. Entre os moradores, há o [nome de um paciente], ele é um que se criou aqui. Há mais de 30 anos que ele está aqui. No final da década de 80, já não havia mais internamento de criança.

Hoje em dia, são internados pacientes maiores de 18 anos e menores, só com ordem judicial.

No hospital também existiu por um tempo uma unidade de adolescente. Hoje é menor em conflito com a lei né. Já houve disso tudo aqui. Trabalhei lá durante treze anos. Mas era diferente, essa unidade tinha outra cara, uma parte meio diferenciada no hospital. Lá já havia médico todo dia, psicólogo. O tratamento era de 45 dias.

A contenção nesse pavilhão era feita de outra forma, usava-se a contenção molhada, o enfaixamento propriamente dito. Consistia em passar duas faixas molhadas com água morninha e depois duas secas para manter o aquecimento. Parecia um útero materno. Esse tipo de contenção acabou mais ou menos em 2005.

A maioria dos pacientes eram crônicos, abandonados pela família, e não recebiam visitas. No entanto, para aqueles que tinham familiares as visitas podiam acontecer duas vezes na semana. Caso o paciente estivesse contido, a família não podia visitá-lo. Além disso, quando o paciente era admitido, por um período de mais ou menos uma semana, a família não podia vê-lo. Era preciso esperar passar a agitação.

Esse hospital era lotado. Depois o número de paciente foi diminuindo. Com a entrada do serviço social na década de 80, a situação começou a melhorar, pois foram realizados mutirões e começaram a encontrar as famílias

de pacientes e eles retornaram para casa. Houve pacientes que encontraram a família lá em Minas Gerais. Aí sobraram poucos, aqueles que não tinham mesmo família. Vários desses acabaram indo para as residências terapêuticas, inclusive ficam aqui perto. Eu não conheço como funciona lá, mas eu creio que é bom, porque o paciente tem mais liberdade, cada um cuida de si lá. Agora, aqueles que não têm condições, estão aqui né.

Além daqui [hospital campo deste estudo], já trabalhei em outros hospitais também. No [nome de um hospital psiquiátrico], no [nome de outro hospital psiquiátrico], no [nome de outro hospital psiquiátrico].

Depois aqui foi mudando, tanto na quantidade dos pacientes quanto na qualidade. Acho que melhorou um pouco a qualidade, mas não o suficiente. Agora o tratamento está melhor. Temos acompanhado a evolução na saúde mental. As unidades têm menos pacientes, cerca de 30 para três funcionários de enfermagem. Antes era cento e pouco aí pros mesmos três no caso, ou dois.

Hoje existem médico, psicóloga, assistente social. Naquela época, não havia nada disso. Era um assistente social pro hospital inteiro. O médico olhava na cara e medicava, o paciente praticamente não conseguia conversar com o médico. Hoje ele consegue.

Quanto ao atendimento de enfermagem, antes a coisa era meio solta, se o paciente fosse procurar pra comer, ele comia, senão, não comia. Acontecia muito de tirar o remédio de um paciente menos agitado e passar para outro mais agitado, a própria enfermagem prescrevia o medicamento, não procurava o médico pra fazer a medicação. Antes os pacientes eram mais sonolentos. Segurava-se na medicação pra não incomodar muito. Qualquer coisa já estava dormindo. Isso era bem comum. Hoje não. Para medicar, tem que chamar o médico, às vezes há até coisa que não havia antes, vem supervisor, vem o médico, vem não sei quem, vem um monte de gente ver.

Atualmente, a gente vê o bem-estar do paciente, observa, administra medicamento conforme a prescrição. Antes, o tratamento da enfermagem visava muito pouco ao bem-estar do paciente. Muitos profissionais vinham marcar presença para no final do mês receber.

Hoje os pacientes escovam os dentes três vezes por dia. São realizados constantemente cuidados com unha, cabelo e barba.

A contenção é realizada com faixas. Passa uma faixa em cada braço e cada perna do paciente e vai enrolando. A pessoa fica contida por no máximo duas horas. Conforme a gente percebe que o paciente está bem, em meia hora já solta.

Agora eu consigo conversar muito com os pacientes. Consigo tirar bastante informações e participações deles. Antigamente não era possível ter detalhes, praticamente não tínhamos nada de informação deles. Eram muitos pacientes. Com alguns até dava para conversar, mas rapidinho, não dava pra ficar conversando. Além disso, os prontuários não tinham dados, na maioria constava ignorado. Era ignorado, ignorado, ignorado.

Outra coisa é que bem no início não havia atividades recreativas. De uns dez anos para cá mais ou menos, com a entrada de novos profissionais no hospital, como enfermeiro, psicólogo, assistente social, começaram a ocorrer esses tipos de atividades. Já foram realizados vários passeios com os pacientes. Eles foram para a serra da Graciosa, para a praia, diversos lugares. Sempre tem festinha também, de páscoa, de Natal, tudo. Também tem as atividades com o pessoal da terapia ocupacional.

O atendimento familiar quando entrei aqui também não existia. O número de famílias que vinham visitar os pacientes era muito pequeno. Já hoje é diferente, está bem melhor, o pessoal vem e é atendido.

A estrutura do hospital não mudou muito. Antigamente as janelas tinham grades para os pacientes não pularem a janela para o outro lado.

Quanto à formação dos profissionais, aqui no hospital de vez em quando aparece um curso ou outro que é oferecido para quem quiser participar, mas o pessoal vê que já está se aposentando, então não acorda, é um comodismo.

Atualmente, com a Reforma Psiquiátrica, o que querem é desinstitucionalizar os pacientes. Não querem mais internamento, não querem mais saber de hospital psiquiátrico. Eu penso que uma vez que tenha como ampará-los lá fora, isso é bom.

Vamos ver, acho que vai mudar ainda mais agora. Isso vem lá de cima, espero que melhore mais. A unidade masculina de moradores agora tem catorze pacientes. Na feminina, eu não sei direito, mas deve ter umas oito, eu acho. Todos estão indo ali para o [nome de uma associação beneficente]. É um tipo de uma chácara ou coisa parecida. E dez ou doze pacientes da unidade de

moradores mesmo já foram para lá, já estão lá, eles eram mais independentes do que esses que estão sendo trabalhados. Logo, os crônicos não estarão mais no hospital, tanto os homens quanto as mulheres. Vamos ver se vai ser bom, né!

Colaborador: C4

Tom vital: Comecei a trabalhar em psiquiatria em 1981, o hospital tinha em torno de 1.680 internos, era um verdadeiro depósito humano. A assistência era precária e o número de mortes era elevado. Em vista do que era antigamente, a qualidade da assistência melhorou no que se refere ao resgate familiar, à melhora nos cuidados de enfermagem, à diminuição do número de internos e do tempo de internação. Entretanto, tudo tem acontecido muito rápido, faltou tempo para estruturar melhor as mudanças, os serviços substitutivos são insuficientes para atender à demanda, os pacientes continuam se reinternando com frequência e há muita resistência por parte dos hospitais clínicos em receber pacientes psiquiátricos.

Antigamente, os profissionais eram contratados pelo hospital. Meu pai trabalhava aqui, ele começou a trabalhar sem ter feito um curso de enfermagem e sem ter experiência na área. Posteriormente, é que começaram a acontecer os concursos. Eu era atendente de enfermagem quando comecei a trabalhar em 1981, e fiz o concurso para entrar.

No início de 1980, nós tínhamos em torno de 1.680 pessoas internadas no hospital. O [hospital campo deste estudo] era um depósito. A polícia trazia pacientes algemados para cá de toda situação, de rua, maltrapilhos, andarilhos e indivíduos considerados perigosos para a sociedade. As pessoas não eram admitidas como hoje que existe primeiramente a triagem realizada no Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), a central de leitos e vagas. O paciente chegava, a polícia tirava a algema e o jogava para nós, como se fosse um bicho.

Os pacientes chegavam terríveis, assustados, famintos. Internavam alguns que não abriam a boca, foram pegos no meio do mato, estavam dormindo, há dias que não comiam, não tomavam banho, entravam aqui assustados, às vezes ficavam internados sem esboçar reação nenhuma.

Logo que uma pessoa era admitida, nós a deixávamos se acalmar um pouco, encaminhávamos para o banho, dávamos de comer, medicávamos. Havia casos em que o paciente chegava à unidade e quase quebrava a porta. Então não era nem feito o trabalho de higiene, não dava. Tínhamos que colocá-

lo na contenção, medicá-lo, deixá-lo contido umas três horas, e só depois que ele ficava sonolento é que nós fazíamos os cuidados.

Era muito paciente ignorado, sem endereço, sem nome, sem idade. Com o tempo, entraram novos funcionários no hospital da assistência social e começou a ocorrer um trabalho de busca das famílias dos pacientes ignorados. Tínhamos uma assistente social que ficou alguns anos somente em função disso.

Eu mesmo participei levando pessoas para vários lugares longes, no litoral, no interior do estado. Foi muito legal. Houve uma situação de um paciente que estava internado, eu cuidava dele há nove anos e não sabia nada da sua vida, pois ele não se recordava de nada. Certo dia, esse paciente entrou em surto e se lembrou de tudo. Com isso, conseguimos encontrar a esposa dele, filhos, pais, toda a família.

Até o ano de 1986, eu trabalhei no [nome de um pavilhão do hospital campo deste estudo]. Essa unidade tinha pacientes adultos, alguns com deficiência motora, e menores de idade com transtorno mental e dependência química. Quando saí de lá, eu fui para uma unidade masculina. Lá eu trabalhava com 25 pacientes no berçário e 30 e poucos pacientes na ala 1. Depois passei a trabalhar com 168 pacientes psicóticos crônicos. Vi muita coisa.

A assistência era precária. Tínhamos cubículos. Eram salas fechadas, pequenas, de mais ou menos 3m², com uma abertura embaixo na porta para dar a alimentação e uma em cima para nós observarmos o paciente, tinham um vaso sanitário daqueles de chão e um colchão, não existia cama. Para realizar a medicação injetável, era preciso entrar mais de um enfermeiro dentro do cubículo e se necessário conter o paciente. Para o banho, o paciente era retirado de lá de dentro e depois a equipe de enfermagem o colocava lá dentro novamente. A porta era bem reforçada para que ele não pudesse rebentá-la. Parecia uma cadeia, um isolamento de solitária mesmo. Mas o paciente ficava bem, não passava fome, nem frio, a higiene era feita. A única coisa era que ele estava fechado, só saía no horário do banho.

O paciente muito agitado, que agredia outro paciente ou um funcionário, era encaminhado para esses locais. Não era um castigo, era um isolamento porque ele não tinha condição de ficar na unidade. Geralmente ele não queria ir

para lá, tinha medo, ninguém quer ficar fechado, então ia à força. Lá ele ficava isolado por sete dias, às vezes, conforme a situação, até mais tempo. A intenção era que ele refletisse, se acalmasse. Depois voltava para a unidade.

Naquela época, os cuidados de enfermagem eram precários. O quadro de funcionários era pequeno para tantos pacientes. Então não tínhamos condições, por exemplo, de fazer banho individual em mais de 100 pessoas. Nós as deixávamos lá fora no pátio e pegávamos uma mangueira, era de mangueira o banho. Colocávamos os pacientes melhores para ensaboar.

Muitos indivíduos eram crônicos e eles não conseguiam fazer seu autocuidado. Por isso, nós tínhamos que dar banho, secar, vestir. Havia paciente que na hora do banho ficava lá tremendo quietinho, a água caía em cima dele, e ele não fazia nada, se bobeasse ele ficava nu lá fora no pátio e nós tínhamos que buscá-lo e secá-lo, senão ele ficava lá fora, tremendo.

Havia muita medicação. Pegávamos na farmácia a bandeja com os remédios, naquele tempo os comprimidos ainda vinham em vidrinhos e também se fazia muito injetável. Tínhamos mais de 50 injeções para fazer. Era terrível. Hoje é mais fácil, o medicamento vem no pacote de plástico, então se cair no chão não quebra e o injetável num segundo fazemos, levamos o paciente até o posto de enfermagem e aplicamos a injeção sossegadamente.

Meu pai contava que na época em que ele trabalhava nos cubículos, bem no início do tempo de cubículos, a equipe de enfermagem chegava a aplicar a injeção por cima da roupa do paciente. Não havia materiais descartáveis, era seringa de vidro e agulha que tinha que esterilizar sempre que se utilizava.

Era muita gente. A agitação era muita. Foi uma época difícil. Tínhamos que sempre estar de olho em todo mundo. Era difícil dar muita atenção para os pacientes, não dava para ficarmos conversando. Então, por exemplo, você estava aqui conversando com um paciente, mas já estava de olho em outro, aí ocorria uma agitação e você tinha que olhar. Era briga, era uma agitação muito grande. Eram gritos, gritos, gritos. De noite, eram gemidos e gemidos fortes.

O número de mortes era elevado, o necrotério vivia ativo, sempre tinha paciente. Trabalhávamos direto fazendo tamponamento e lavagem intestinal. Morria paciente asfocado, que quebrava o pescoço tentando fugir pela janela, havia muito suicídio. Houve um caso de um paciente que se matou na

contenção. Ele conseguiu soltar a mão e se asfixiou com a própria mão. Então era terrível. Hoje, graças a Deus, o trabalho melhorou muito. Nem existe mais o necrotério. Óbitos raramente acontecem.

O hospital era muito precário na época. Só havia um chuveiro na unidade e às vezes nem tinha água. Até que existiam roupas, muitas eram advindas de doação, mas nem sempre os tamanhos davam nos pacientes. Na hora de dormir, os pacientes usavam acolchoadinhos para se cobrir, mas aqueles de estatura mais alta eram prejudicados, pois só conseguiam cobrir metade do corpo. Havia paciente que dormia no chão por falta de leito. Às vezes, três pessoas dormiam juntas na mesma cama. Era difícil. Meu pai contava que na época em que ele começou a trabalhar no hospital, houve casos de pessoas morrerem de frio. Os pacientes ficavam amontoados para se protegerem da friagem.

Antigamente, pulgas e muquiranas eram comuns no interior das unidades. Não existia no hospital o serviço de limpeza terceirizado, quase não havia auxiliares de serviços gerais do próprio Estado, eram bem poucos, uma situação precária mesmo. Muitos desses funcionários, que eram da limpeza, já se aposentaram, os que hoje ainda continuam no hospital estão trabalhando na costura ou na cozinha.

Atividades recreativas, passeios, não existiam. Os pacientes apenas ficavam no pátio, tomavam sol e fumavam. Eles gostavam muito de fumar. O hospital fornecia fumo de corda. Então nós picávamos o fumo de corda, deixávamos no sol secando um tempo, fazíamos vários cigarros, levávamos no pátio, acendíamos umas velas e dávamos para os pacientes fumar.

Os pacientes não podiam sair da unidade. Os únicos que conseguiam sair eram os que participavam das atividades na horta terapêutica. A horta terminou em 2000 mais ou menos, mas nessa época ela já estava bem reduzida e o funcionamento era totalmente diferente. Quando ela era ativa mesmo, na década de 1980, ela era enorme, pegava toda a área do lado de cima do hospital, inclusive quem comandava as atividades eram ex-pacientes.

Eu levava os pacientes para lá. Eles carpiam, plantavam, regavam, colhiam. Eu achava que era bom porque era uma forma de eles se ocuparem, mas por outro lado penso que era um esforço muito grande para eles, pois muitas vezes as pessoas que comandavam aquelas atividades se

aproveitavam muito deles. O [nome do funcionário], que hoje já se aposentou, agredia pacientes, chicoteava. Ele fazia paciente trabalhar mesmo. Sobre a renda eu não sei dizer como funcionava, eu não lembro.

Com o tempo, vimos que algumas mudanças começaram a ocorrer dentro do hospital. Começou a surgir um novo hospital. Abriram duas unidades de adolescentes, uma feminina e uma masculina, e parou de existir a unidade infantil.

A qualidade da assistência melhorou com a entrada de profissionais de várias áreas. Foi aumentando a classe trabalhadora. Porque era pouquíssima gente. Eu lembro que trabalhavam em cada unidade três funcionários para cento e poucos pacientes.

O internamento passou a ser realizado com um sistema de triagem, pelo CPM. As unidades começaram a ser separadas por tipos de pacientes. Começaram a separar paciente psicótico crônico de agudo, como é hoje. Aqui nessa unidade, que é de adulto agudo, masculina, nós temos alguns pacientes crônicos, mas é porque eles já foram internados várias vezes.

Em 1992, eu fiz o curso de auxiliar de enfermagem. Nesse ano, a chefe de enfermagem me colocou para trabalhar na unidade de adolescentes masculina, fiquei seis anos trabalhando lá.

Até a década de 1990 vivenciei muito a aplicação do lençol de contenção. Era de couro, colocava a cabeça do paciente, as pernas, os braços, e era amarrado no leito. Também tinha a camisa de força que prendia os braços do paciente. Tudo isso foi extinto.

Depois a contenção física passou a ser realizada com faixas. Até cinco anos atrás, aplicávamos a técnica de enrolar duas faixas mornas no paciente, seguida de duas secas e por fim uma faixa para conter a pessoa no leito. Ela ficava toda envolvida, era feito um charuto do paciente. Ele ficava assim por três horas para se acalmar, relaxar, após esse enfaixamento, ele era medicado. Isso funcionava. A única coisa que esse tipo de procedimento ocasionava era um desconforto muito grande para aqueles pacientes que não colaboravam em ficar na posição correta. Eles precisavam se manter retos, com as mãos também retas, caso não permanecessem dessa maneira ficavam enfaixados com os dedos todos tortos e tinham dores musculares. Nos adolescentes, feminino e masculino, era muito usado esse tipo de técnica. Depois isso deixou

de ser feito, até porque o grupo de 8 que existia foi extinto por falta de funcionário e pacientes rápidos, bons para ajudar no enfaixamento. Hoje o grupo de 8 existe somente na unidade de reabilitação de adictos porque lá existem pacientes que dão pra fazer isso.

Há sete anos começou se utilizar a técnica de contenção normal, seco, sem molhar as faixas. Geralmente o paciente que está ansioso, apresentando um quadro de agitação, é medicado e se preciso, contido. A contenção é realizada no leito, a pessoa é enfaixada sobre a cama. Mas não em forma de charuto, normal. A técnica é feita pela enfermagem, às vezes algum outro paciente colabora, usamos também os vigilantes do hospital por falta de outro funcionário para ajudar, pois há momentos em que estamos sozinhos e o paciente está muito violento. Em algumas ocasiões, o paciente a ser contido vai para o leito espontaneamente, se deita e a gente o contém. Ocorrem casos em que os próprios pacientes pedem a contenção.

É importante saber fazer a técnica. Não podemos garrotear os membros do indivíduo. Mas ainda há profissionais que não sabem fazer, que fazem o nó errado, às vezes, forçam demais. Já foram vistos pacientes aqui que estavam com as faixas muito apertadas nos membros, que não estavam mantendo a circulação adequada.

Imediatamente após a contenção, o médico faz uma avaliação. O paciente é medicado. O tempo de duração da contenção é de uma hora e meia, duas horas. Nesse período, temos um controle da PA, que às vezes é feito, às vezes não é feito, depende das características do paciente, da necessidade, se ele é hipertenso. Não podemos deixar a pessoa contida sozinha, a todo o momento temos que observá-la, por isso é importante realizar a contenção no leito mais próximo do posto de enfermagem. Não podemos deixar um paciente cuidando daquele que está contido. Houve uma época em que era realizada uma escala de pacientes para cuidar de uma pessoa na contenção. Cada um que cuidava ficava por 30 minutos ao lado do paciente contido, o observava e era instruído a não dar líquidos a ele, mas somente umedecer seus lábios com uma gaze molhada. Os demais pacientes não tinham acesso à enfermaria em que tinha sido realizada a contenção, caso fosse preciso, trancávamos a porta para manter o isolamento. Em algumas unidades, havia um local adequado, um quarto separado para a contenção.

Agora não, agora é a enfermagem que cuida. Devemos estar atentos para a situação geral do paciente, não deixar que os outros indivíduos internados deem líquidos para ele durante a contenção e verificar se ele está tendo resposta, caso ainda permaneça agitado, chamamos o médico para fazer uma nova avaliação.

O trabalho melhorou muito em vista do que era antigamente. Eu vejo que houve um ganho significativo de 1981, ano em que comecei a trabalhar aqui, até agora, em 2010. Digo isso no sentido do resgate familiar, da melhora nos cuidados de enfermagem, da melhor qualidade da assistência em decorrência de novos profissionais, como os chefes de enfermagem, os psicólogos, os assistentes sociais, as terapeutas ocupacionais.

Hoje cada unidade assistencial tem uma equipe de saúde mental. Temos as reuniões semanais para discutir os casos. Antes não, os cuidados baseavam-se apenas em banho, medicação e contenção em caso de agitação.

As atividades recreativas têm sido utilizadas como importantes terapias para os pacientes. Há dez anos tínhamos o trabalho terapêutico na horta, mas esse era diferente daquele que acontecia na década de 1980, os pacientes cultivavam verduras e depois as vendiam. O dinheiro arrecadado ficava em prol da unidade e do próprio paciente. Quando precisava de algo na unidade, era comprado e também eram adquiridos doces, sanduíches, refrigerantes, roupas e sapatos para os pacientes. Esse trabalho parou de existir há dez anos, em 2000. Os pacientes que participavam dessas atividades já estavam idosos, frágeis.

Temos feito vários passeios. Quando eu estava na unidade 3, íamos para serra e fazíamos piquenique com os pacientes. Os funcionários da cozinha participavam, levavam churrasco, maionese e refrigerante. Havia até um rio lá onde os pacientes se banhavam. Era gostoso.

Aqui na unidade 1 masculina, até o ano passado a [nome de uma psicóloga] e outros funcionários levavam todas as quintas-feiras os pacientes até a barragem, ficavam passeando nos arredores do hospital. Era legal, valeu a pena, os pacientes cantavam, dançavam, era muito bom para eles.

Outra coisa positiva hoje é que a família tem participado mais no tratamento do paciente. Ela vem aqui no hospital, conversa com a psicóloga, com o assistente social. Inclusive este profissional está fazendo um trabalho

bonito de ir até as residências dos pacientes para conversar com os familiares. Então existe uma preocupação com o aspecto social, por exemplo, quando a pessoa sai de alta, verificamos para onde ela vai, se ela precisar do benefício e se ainda não tiver, corremos atrás disso também junto com a família; então há até mesmo essa preocupação legal de conseguir o benefício financeiro para o paciente. Antes não era assim, o atendimento familiar era mais voltado para orientações sobre o internamento, a rotina do hospital, e no momento da alta para a prescrição de medicamento e o encaminhamento de tratamento.

O tratamento está funcionando, as famílias estão contentes, o paciente vai bem pra casa. As medicações têm trazido uma boa resposta. Muitos pacientes se internam em surto e em poucas semanas saem muito bem daqui. A dificuldade que temos percebido é de a pessoa continuar tomando a medicação corretamente quando volta para casa. O paciente que sai do hospital toma o remédio por dois ou três meses, daí ele acha que não precisa mais disso e para de tomar. Aí ocorre um novo surto e ele acaba sendo internado novamente. Com isso, o quadro psiquiátrico tende a piorar, a pessoa vai se cronificando, tendo vários internamentos. Nós temos pacientes aqui com vários reinternamentos. É difícil uma pessoa que se interna estar em seu primeiro internamento. Isso é raro, um ou outro caso. Nós temos pacientes que têm 28, 30 internamentos.

Com a Reforma Psiquiátrica, não considero que a minha prática em si tenha mudado, eu não mudei. Mas tivemos mudanças no sentido de diminuir pacientes, atualmente não chega a 200 o número de pessoas internadas no hospital, então lidar com 30 pacientes em uma unidade, encaminhá-los para o banho, fazer os cuidados é muito mais fácil do que antes.

Atualmente temos mais recursos também, melhorou em tudo. Agora temos sete chuveiros na unidade. Na parte de higiene, nós, da enfermagem, auxiliamos, orientamos e monitoramos os pacientes. Eles fazem o próprio autocuidado. Tomam banho, trocam a roupa todos os dias, fazem a barba duas vezes na semana, cortam a unha. Nós fazemos os cuidados somente naqueles que não têm mesmo condições de fazer sozinhos. Só o corte de cabelo é que somos nós que fazemos.

Os pacientes ficam sentados para comer na copa, há lugar para todos se sentarem, eles ficam na fila para pegar a comida. Quando entrei aqui era

difícil, eles não ficavam no refeitório, não havia lugar para todos se sentarem, eles saíam com a bandeja para o pátio, comiam no chão. Então hoje é o céu.

Vejo que ainda há coisas que ainda vão melhorar. A Reforma Psiquiátrica veio para mudar com essa intenção de resgate social dos pacientes psiquiátricos e inclusive de retirar o asilado de dentro do hospital e colocá-lo na sociedade, em residências terapêuticas, fazendas.

Nós tivemos pacientes que foram para residências terapêuticas e também para a [nome de uma associação beneficente]. Houve uma boa resposta com alguns. Só que eu vejo que houve muitas falhas. Faltou preparar os profissionais, faltaram mais investimento e também mais tempo. Os cuidadores e terapeutas que participaram de todo o processo não tinham experiência nenhuma. Eles vieram aqui para mudar o quadro de pessoas que há 30 anos estavam asiladas em um hospital psiquiátrico, querendo que o paciente entrasse pra sociedade, se cuidasse sozinho, cozinhasse, lavasse.

Eu vejo pacientes de uma dessas casas em [nome de um município da região metropolitana de Curitiba]. Alguns estão meio robotizados. Eu vejo que o cuidador parece um robô andando atrás deles na rua. Eles são atendidos no serviço de saúde da prefeitura, têm atendimento odontológico, clínico. Isso é bom. Mas eu vejo que existe paciente muito parado, triste, deprimido.

Na [nome de uma associação beneficente], também temos esse problema referente à depressão. Tivemos casos de paciente fugir de lá, de ir a óbito, de reclamar de maus tratos. Então dá para perceber também a questão de pessoas que simplesmente estão intencionadas em se beneficiar financeiramente com esse serviço. Os pacientes não têm mais o carinho, o amor, aquela família que eles tinham dentro do hospital.

Hoje temos poucos pacientes crônicos ainda aqui, logo, eles sairão da instituição. Só que eles não têm condições de se cuidarem sozinhos, vão precisar de profissionais que tenham experiência.

Então penso que tudo tem acontecido muito rápido, faltou tempo para estruturar melhor essa reforma, instruir bem os profissionais. Não é coisa de dias, mas meses, e somente depois tentar tirar a pessoa de dentro do hospital. Porque o paciente que está há 30 anos institucionalizado, tem uma família lá dentro, ele considera a enfermagem como sua família, ele já tem um vínculo. De repente, querer colocá-lo em um lugar estranho, ele não vai aceitar. Então

eu vejo de um lado que alguns pacientes tiveram uma resposta boa, mas para outros não ajudou.

Hoje em dia também existem os CAPS. Mas no Paraná esse serviço ainda é fraco. Em certas localidades, ainda nem existem. O litoral, por exemplo, não tem nenhum. Há algumas exceções de CAPS bons. Parece que o de [nome de um município da região metropolitana de Curitiba] é bom.

Há muitos casos de pacientes que saem de alta e quando vamos ver já estão se internando de volta porque se agitaram em casa. Ao questionarmos sobre a realização do tratamento no CAPS descobrimos que o paciente o tinha abandonado. As razões são as mais diversas, como a falta de profissionais no CAPS, inclusive médico; o acompanhamento que não é realizado adequadamente e leva o paciente a não fazer mais o tratamento; os profissionais que não o motivam, não insistem na continuidade da terapia; a ausência de um trabalho social de resgate da pessoa, de verificar o porquê de ela não frequentar mais o CAPS, se ela vem em uma semana e na outra não apareceu não há aquela preocupação; e, além disso, a dificuldade da família em levar o paciente até o serviço.

Outra dificuldade que temos é quando encaminhamos pacientes para hospitais clínicos como o [nome de um hospital geral] e o [nome de outro hospital geral]. Percebo uma rejeição muito grande por parte dos profissionais desses hospitais com os nossos pacientes. Eles veem o paciente psiquiátrico, mas não o veem como um ser humano. Eles têm um medo muito grande, perguntam se vamos ficar lá cuidando do paciente.

Eu acompanhei uma paciente no [nome de um hospital geral] em estado de emergência, ela estava na maca, sem reação nenhuma. Fiquei bastante tempo esperando o atendimento, os profissionais não demonstraram nenhuma vontade de atendê-la. Uma médica chegou, deu uma olhadinha e saiu. Em seguida, veio outra que perguntou se a paciente era do [hospital campo deste estudo]. Eu disse sim e ela pediu para uma enfermeira puncionar uma veia. Depois apareceu um médico bom que estava procurando por outra pessoa, que tinha se acidentado. Ele deu uma olhada na paciente e já tomou as providências, ela foi entubada imediatamente.

Então é assim, hospital clínico tem muita dificuldade em lidar com a pessoa com transtorno mental, acontece muito essa falta de atendimento. Não

sei se é medo ou falta de vontade, de conhecimento. Vivenciei isso em vários hospitais aos quais que eu já levei paciente.

Eu me lembro do [nome de um paciente], que estava com suspeita de fratura na perna. Levei-o ao hospital, quando cheguei já avisei que o paciente era agitado e que não tinha muita paciência. Com isso eles atenderam prontamente, logo fizeram o raio X. Então somente quando agimos dessa forma é que os profissionais de hospital clínico atendem rápido o paciente psiquiátrico.

Outra experiência que tive nesse sentido foi bem recente. Eu levei ao [nome de um hospital geral] um rapaz que havia se cortado ao quebrar um vidro durante um surto em casa. Eu o trouxe de volta sem o atendimento, não o atenderam. Depois eu mesmo fiz um curativo. A mãe dele sofreu com isso, pelos profissionais não o terem atendido. O paciente sente essa rejeição. Ele é um ser humano.

Então eu não sei, mas acredito que não irá dar certo esse negócio de paciente psiquiátrico em hospital geral. Eu penso que paciente em surto psiquiátrico tem que ficar no hospital especializado em psiquiatria. Aqui no [hospital campo deste estudo], os pacientes são bem cuidados.

Quanto ao tempo de internação do paciente no hospital psiquiátrico, ele diminuiu drasticamente hoje quando comparado com o que ocorria antigamente. Antes o período de internação era muito longo, o paciente entrava aqui e ia ficando, chegava a cronificar. Havia muito paciente ignorado. Nos prontuários, constavam filiação ignorada, idade ignorada, nome ignorado. Por isso, o hospital ficou com paciente por 20, 30 anos, ele era pego na rua, não se sabia da onde vinha! Hoje não, hoje o paciente vem com a família, são poucos os casos em que eles chegam sem a família, por alguma instituição, só que nessas ocasiões o serviço social busca informações e vai atrás do responsável.

Hoje o quadro de funcionário do hospital está muito defasado, muitas pessoas se aposentaram ou estão para se aposentar. Será preciso entrar profissionais novos e gente com vontade trabalhar nessa área, pois ultimamente o que tem acontecido é que as pessoas que entram acabam não ficando, não tem interesse em trabalhar com psiquiatria. Esses dias mesmo eu acompanhei o [nome de um enfermeiro] em uma aula de enfaixamento que ele ministrou no [nome de uma escola de enfermagem]. Havia uns 50 alunos na

sala, eu perguntei se alguém gostaria de trabalhar no [hospital campo deste estudo], ninguém disse que sim, preferem o hospital geral.

Com a falta de funcionários, está bem complicado desenvolver o trabalho, estamos fazendo o que podemos. Chegamos a ter plantões em que uma unidade ficava sozinha em alguns momentos, pois temos que nos revezar entre as unidades. Às vezes, precisamos trabalhar dobrado. Eu espero que venham profissionais de enfermagem trabalhar aqui com a gente, pessoas dispostas a trabalhar e ensinar. Mas não estou pondo muita fé, não. Talvez pelo salário, venha alguém. A distância também atrapalha muito, o hospital fica num local muito longe.

Colaborador: C5

Tom vital: Comecei a trabalhar aqui em 1975. O hospital chegou a ter mais de 1000 pacientes, as unidades não eram dedetizadas, as condições de assistência e higiene eram precárias, as terapias utilizadas eram eletrochoque, cubículo, lençol de contenção, camisa de força, enfaixamento e o uso da força mesmo. Hoje é totalmente diferente, o tratamento é mais humanizado, a família pode participar, a medicação é mais dosada e também se usa menos, pelo fato de conversar mais com o paciente, ter mais atividades. Acredito que ainda precisa melhorar, e esses novos dispositivos assistenciais estão muito fracos.

A minha família veio da Itália e comprou alguns terrenos perto daqui, do hospital. Nós morávamos bem perto, era uma colônia, eu conhecia todos os moradores. Meu pai e meus tios trabalharam na construção desse hospital. Por isso eu vinha muito aqui com meu pai, trazia comida para ele. Com o passar do tempo, fui despertando o interesse em também trabalhar no hospital, mas meu pai era contra, não gostava dessa ideia. Italiano não quer que a filha trabalhe, aquela coisa!

Mesmo assim, como minha vontade era grande, eu conversei com uma amiga que trabalhava no RH do hospital e prontamente comecei a trabalhar. Entrei em 1975, eu não tinha nenhuma formação. Inicialmente fui auxiliar do serviço social. Logo me interessei pela enfermagem e realizei um curso de atendente de enfermagem, com duração de quase um ano. Então saí do serviço social e passei a trabalhar na enfermagem. Mais tarde, fiz o curso de auxiliar de enfermagem na [nome da escola].

Comecei a trabalhar onde estavam os cubículos. Era muito pesado. Eu trabalhava com cubículos com 30, 40 pacientes, mas que tinham capacidade somente para 6. Os pacientes chegavam no hospital como animais. Eram retirados da ambulância e levados para dentro por quatro, cinco ou seis homens. Em seguida, eram jogados no cubículo sem roupa.

Eram pacientes bem perigosos. Muitas vezes, quando entrávamos no cubículo para dar alimentação, eles nos pegavam. Quantas vezes tive que tirar a minha roupa para poder sair de lá de dentro. Em muitas ocasiões, para conseguir nos soltar do paciente, saíamos sem blusa, de sutiã. Uma vez, uma

japonesa que estava no cubículo me empurrou num canto, saiu e me fechou lá dentro. Ela foi pega no parque. Depois um rapaz que trabalhava na manutenção me encontrou presa.

Ocorriam muitas mortes. Em uma manhã de domingo, não esqueci até hoje, fazia um mês que eu estava aqui, uma paciente chamada [nome da paciente] estava passando mal, o frio a congelou, ela não resistiu e morreu. Eu conversava com ela, ela tinha o cabelo bem comprido. Chorei muito naquele dia, o Doutor [nome do médico] falou comigo, disse que eu ia ver coisas piores que aquela e que se eu quisesse continuar eu tinha que aguentar, porque era daquele jeito mesmo. Eu continuei.

Nós fazíamos banhos de aspersão em banheiras e as patentes eram aquelas no chão. Antigamente o hospital era todo feito assim, depois que foi mudando.

Posteriormente, trabalhei quatro anos em uma ala com 70, 80 pacientes epiléticas. Foi muito difícil. Elas se machucavam muito. As pacientes epiléticas por si próprias já são agressivas, mais doentes mentais ainda. Nossa, como essas mulheres eram violentas, elas se autoagrediam, faziam cortes, até mesmo com um banco, uma colher ou uma caneca, todo dia tínhamos várias suturas. Às vezes, quando abríamos a porta, encontrávamos alguém morto ou sangrando. Aconteciam muitas mortes, inclusive de frio.

A enfermagem fazia tudo. Hoje quem serve é a copa, na época, nós servíamos. Íamos buscar as panelas na cozinha, não recebíamos dentro da unidade não. Aí levávamos lá para dentro, servíamos os pacientes, lavávamos as panelas, os pratos, toda louça utilizada pelos pacientes e devolvíamos as panelas limpas para a cozinha.

Nós fazíamos a limpeza da unidade. Limpávamos tudo o que era preciso, desde paredes, xixi, cocô ou vômito de paciente no chão, até os consultórios, porque não dava para contar com a servente, havia apenas uma. Tínhamos também a ajuda de alguns pacientes, porque na época muitos eram moradores. Nossa, eles batiam qualquer servente hoje, ajudavam muito. Eu trabalhei quase cinco anos na unidade de epiléticas onde a [nome de uma paciente] era a dona da unidade. Todas as unidades tinham suas donas ou donos, faziam uma limpeza fora de sério. Aquilo brilhava.

Nós também auxiliávamos nos banhos. Os pacientes que conseguiam tomavam banho sozinhos, nós dávamos só nos necessitados. Uma dificuldade que tínhamos era com os chuveiros, a quantidade era pouca e queimavam muito, as redes eram precárias. Era bem mais difícil, tudo era mais difícil. Hoje não, quando estraga um chuveiro o paciente já alarma e a manutenção logo conserta. Outro problema era referente às roupas, não havia o suficiente. Roupas de cama então nem se fala, nós tínhamos muita dificuldade.

As condições eram precárias, às vezes, para instalar um soro era preciso improvisar, colocávamos o equipo pendurado nas janelas ou em lâmpadas. O colchão era feito de capim, não era plastificado como é atualmente. As unidades não eram dedetizadas. Havia época que dava epidemia de piolho, de pulga. Chegavam aquelas pacientes com muito e daí precisávamos cuidar, senão pegava em todas. Nossa, dava aquela epidemia, uma loucura!

Nos meus primeiros quatro anos de trabalho no hospital, eu passei por algumas dificuldades porque eu era jovem, tinha 20 anos, então eu me sentia a dona da verdade. Tive aquela fase que você se sente a dona, que acha que pelo fato de você ter a chave pode tudo. Passei por várias experiências de estar na unidade e um paciente precisar de alguma coisa e eu gritar com ele ou nem dar bola. Daí um dia, em 1978, depois que fui grossa com uma paciente, ela disse assim para mim: “Você está mais calma agora?” Eu respondi que estava e indaguei por que ela havia me perguntado aquilo. Então ela disse: “Porque quando eu fui falar com você, você gritou comigo, mas desculpa, é só você que eu tenho”. Isso me desmoronou, eu caí na real e chorei muito. Aquilo para mim serviu até hoje, porque ela tinha razão. Às vezes nós pensamos que pelo fato de termos a chave na mão, podemos tudo, mas não podemos. Então eu tive muitas experiências, de tudo um pouco.

Sofri bastante esses primeiros quatro anos por não ter conhecimento sobre a doença mental. Mas mesmo com as dificuldades, eu sentia que era o que eu queria, então comecei a procurar ajuda para entender sobre esse assunto. Passei a desenvolver melhor o meu trabalho. Procurei me interessar mais pelo que eu fazia, valorizar o paciente e entender que ele precisava de mim. A partir do momento em que conseguimos ver a doença no paciente,

trabalhamos melhor. Eu estou aqui há 35 anos e sinto um aperto em saber que tenho que deixar esse ano. Hoje eu valorizo muito a doença mental.

Ao longo desses anos de trabalho, vi colegas que não procuraram ajuda como eu, não buscaram conhecer sobre a doença mental. Algumas pessoas que trabalhavam na enfermagem chegaram a se aposentar sem ter condições de dar assistência ao paciente psiquiátrico. Daí o paciente sofre com o funcionário e este também sofre até pela sua ignorância, de não conseguir entender a doença. É muito difícil entender por que o paciente não apresenta nada no seu físico. Eu via muitas vezes as pessoas dizerem que o paciente era ruim, teimoso, ele era tudo menos doente, a doença não era enxergada.

Esses dias eu estava comentando com meus colegas sobre esse assunto, do profissional não entender o paciente, a doença. Atualmente, o quadro de funcionários do hospital está muito desfalcado, pois muitos trabalhadores se aposentaram e outros estão se aposentando. Com isso, logo serão chamadas novas pessoas que passaram no concurso para atuar aqui. Daí questiono será que elas vão ter essa formação? Será que vão procurar estudar sobre esse assunto? Porque o profissional que se forma não se forma em psiquiatria, o conhecimento específico é pouco. Os técnicos de enfermagem que vêm trabalhar têm pouca formação em psiquiatria e não vão aguentar o tranco, eu sei que não vão. Então precisaria que os profissionais que vão vir, principalmente as supervisoras, auxiliassem esse pessoal, porque senão o paciente vai sofrer muito. Porque os que já estão aqui já têm um conhecimento bom, já sabem o que está acontecendo, nós já gostamos do paciente com doença mental, aprendemos a gostar, temos até um sentimento materno.

Em 1980, a dona [nome da enfermeira], que era enfermeira chefe, supervisora do hospital, inclusive ela tinha especialização em psiquiatria e era professora da [nome da instituição de ensino], me colocou no cargo de supervisão. Fiquei nessa função durante 24 anos. Trabalhei um monte. Inicialmente fiquei desesperada, queria sair, pedir a conta, eu era jovem, sem experiência. Havia funcionários aqui do estado antigos, que Deus o livre! Naquela época, eu trabalhava no regime de CLT, passei para o Estado depois. Eu pedi pelo amor de Deus para a dona [nome da enfermeira] não me colocar na supervisão, mas ela disse que eu era a única que tinha condições de

assumir aquela função. Eu tinha pesadelos à noite. Imagina só, trabalhar com esse povo! Ui! Eles eram terríveis, se achavam os donos das unidades. Mas eu tinha que trabalhar. Fiquei aprendendo as coisas com a dona [nome de uma funcionária], que era uma funcionária antiga da casa. Fazíamos internamentos, anotações e ocorrências de todas as alas, de tudo que atendíamos durante o dia, que não era pouca coisa, e tínhamos que atender os funcionários.

Naquela época, quase não havia enfermeiras. Não era como hoje que há enfermeiro 24 horas no hospital. Éramos só eu e os funcionários das unidades. Nós resolvíamos de tudo. Quando havia algum caso mais grave, que era necessário encaminhar para outro hospital, nós fazíamos. Tudo que precisava resolver, nós tínhamos que resolver junto com os médicos de plantão. Houve tempo em que só havia médico a distância. Graças a Deus, sempre mantivemos um bom trabalho e bastante força, nem sei como estamos aqui ainda bem.

Sofremos com as coisas que ocorreram aqui dentro. Tínhamos que ter estrutura. Era muito complicado, esse hospital chegou a ter mais de 1000 pacientes. Era muito difícil, embora houvesse bastantes funcionários. Era muita loucura. Não era como hoje que existem diversas terapias. O tratamento baseava-se na medicação. Os pacientes babavam, não é que nem agora, hoje eles ficam descompensados são medicados e logo melhoram. Naquela época não, ficavam em cubículo sete, oito dias bem loucos mesmo.

Os pacientes naquela época sofriam muito, hoje não, é light. Hoje o doente mental já chega tranquilo, tem uma coisinha ou outra [refere-se à confusão e agitação], às vezes ele fica uma semana sem ter alteração. Naquela época não, o dia inteiro tinha alteração. Eles eram que nem animais, agitados, faziam xixi e cocô no meio do pátio e das enfermarias. As unidades eram muito sujas, porque ninguém vencia limpar. Meu Deus do céu, era um horror! Eles rasgavam tudo, detonavam tudo.

Cheguei a ver muitas mortes. Uma vez em uma manhã na mesma unidade morreram dois pacientes. Dentro das unidades, todos os cômodos eram enfermarias, não havia essas salas de hoje, era tudo enfermaria. As camas ficavam empilhadas, uma atrás da outra. Era cama, cama, cama, cama. Entrei de manhã em uma unidade, o [nome de um funcionário] tinha me chamado, eram oito horas da manhã, um paciente paraplégico estava na cama

morto. Eu abri a boca dele com a mão, tinha se asfixiado com pão. Ninguém percebeu e ele morreu asfixiado com pão. Mais tarde, próximo da hora do almoço, o funcionário me chamou novamente. Eu vim com duas médicas que estavam de plantão. Nas unidades existiam muitos locais que não eram arrumados, estragava banheiro e o fechavam, o governo não dava muitas condições, e havia um banheiro nessa unidade que era fechado. O paciente entrou nesse local e subiu até um vitrozinho pequenininho que ficava bem no alto. Ali ele escorregou, sua cabeça ficou presa e acabou morrendo enforcado. Então, nessa manhã morreram esses dois pacientes. O funcionário teve que ser internado, ficou meio parafuso. Nós víamos muitas coisas assim. Eu sempre aguentei tudo. Mas morte assim mexia muito com todos. Vi muitos enforcamentos, muitos, muitos. Outro que presenciei foi aqui nesse pátio em um pé de ameixa. Outro foi com lençol.

Quanto aos tipos de terapias, presenciei várias. Eu participei de muitas aplicações de eletrochoque. Ajudei muito a Dra. [nome de uma médica]. Ela fazia muito as aplicações. Nossa, como os pacientes tinham pavor, medo, desespero. Era assim, um aparelho que tinha duas bonecas que eram colocadas na parte temporal. Deitávamos até no chão o paciente. Protegíamos os membros, colocávamos uma mordaca na boca e nós mesmos fazíamos a aplicação. A doutora só ficava às vezes perto. Nós, os funcionários, que aplicávamos. Tinha o medidor de voltagem, sabíamos quantos volts eram e fazíamos a aplicação. O paciente se debatia. Logo em seguida, o colocávamos na cama. Ele ficava por algumas horas tipo como um paciente após uma crise convulsiva, ficava calmo por aquele dia mais ou menos assim. Havia paciente que corríamos o pátio inteiro para pegá-lo antes de fazer, dava dó. Eu presenciei muito isso, participei. Tinha que segurar. Dia de eletrochoque era um dia de que eu tinha pânico. Eu também tinha pânico. Era uma coisa de que eu não gostava. Eu tinha pavor. Não gostava.

Houve uma fase em que o eletrochoque foi muito utilizado, em 1975. Depois foi diminuindo, sendo aplicado somente naqueles que mais necessitavam, casos de maior agitação. Daí era uma faixa de cinco, seis pacientes. Em 1980, não tenho bem certeza, mas foi por aí que o eletrochoque acabou, e o que passou a ser mais comum foi o uso do cubículo e do lençol de

contenção, esse último durou muitos anos [estalou os dedos várias vezes], até início da década de 1990.

O lençol de contenção era de lona, não era aquela só nos braços. Esta, a camisa de força, nós fazíamos somente em pacientes que precisavam mesmo utilizar e para circular, mas daí tinha que alguém ficar junto, pois ela é mais perigosa, porque se você deixa o paciente andando, ele pode cair e se machucar.

O lençol de contenção era terrível, foi uma das piores contenções, judiou muito do paciente. Quando o paciente era obeso, ele se machucava por causa do braço muito gordo. Eu não gosto nem de lembrar. Lembrei-me de uma coisa agora, tinha apagado. Hoje os pacientes são calmos. Naquela época não, eles eram muito agitados. O paciente tinha que ficar muitas horas contido. Nós tivemos uma paciente que a enfermagem, infelizmente, tenho que dizer isso, que foi culpa da enfermagem, realizou uma contenção e simplesmente a deixou. Quando foram ver, parte do braço da paciente já estava necrosado, quase que ela perdeu o braço. Olha a que ponto a enfermagem chegou! Eu vi muitas coisas nesse sentido aqui. Eu vi muita coisa desumana, desumana mesmo. Não sei como que esses funcionários se sentem hoje e como sempre vão se sentir, alguns já saíram daqui, outros estão aqui ainda. Porque enquanto somos jovens, pensamos de uma maneira, mas quando vamos amadurecendo, aquilo que não queremos para nós não fazemos para o outro, daí pensamos em tudo, não pensamos mais somente em nós.

Depois veio o enfaixamento, que usamos nos adolescentes por uns quatro ou cinco anos, e as faixas que utilizamos atualmente. O enfaixamento consistia em colocar quatro faixas, duas molhadas e duas secas, fazíamos aquela múmia. Podia colocar mais duas em cima do cobertor se quisesse. Antes de vir pra cá [se refere à unidade de agudos masculina que trabalha atualmente], eu trabalhei com os adolescentes.

Penso que qualquer contenção maltrata o paciente. Eu particularmente odeio fazer contenção. Hoje nós fazemos contenção só em último caso e com cuidado. Na hora em que se faz uma contenção, se for um paciente muito agitado, é preciso fazer de forma rápida e às vezes fica de mau jeito. Mas logo quando o paciente se acalma a obrigação da enfermagem é amenizar essa situação, ver como está a contenção e arrumá-la.

Hoje é totalmente diferente. Não se veem mais as atitudes que certos profissionais tinham antes. Eu via pessoas fazerem contenção no paciente como se ele fosse um animal, joelhava em cima dele, o asfixiava. Nossa, vi coisas assim horríveis! Mas não dava nem pra falar.

Agora, a forma de se portarem com o paciente é diferente. O tratamento é mais humanizado. Na verdade sempre deveria ter sido, mas antigamente as pessoas faziam da maneira delas. É claro que existiam pessoas com uma boa índole, que sabiam tratar um ser humano, tratavam bem o paciente. Mas também havia as que não estavam nem aí. Acho que isso veio também da personalidade, da formação, de um monte de coisa. É como eu digo, hoje pode entrar uma série de pessoas que podem ter também um comportamento inadequado. Então tem que tomar cuidado.

O trabalho de humanização aqui no hospital começou a ser realizado desde o ano de 1980. Vieram muitas assistentes sociais trabalhar nessa época. Nossa, foi muito bom! Foi feito um mutirão para encontrar famílias de pacientes que estavam aqui abandonados. Conseguiram localizar muitas, batemos recordes, pacientes internados há dez, 20 anos retornaram para suas casas.

Hoje, com a humanização, com as novas referências, com tudo o que mudou, o paciente também evoluiu muito. Ele fala, a família participa. Antes o paciente era jogado aqui dentro, coitado, o que ele ia falar? Hoje não, todo mundo ouve o paciente. Se eu fizer alguma coisa para ele, ele vai falar. Eu sempre me sinto na obrigação se eu tenho um atrito com o paciente, porque eu posso ter a qualquer momento, não sou obrigada a simpatizar com todos, não sou obrigada a tolerar o que o paciente faz, eu não sou obrigada, como ele não é comigo. Então, se eu tenho um atrito com um paciente hoje, eu vou discutir com ele no grupo ou eu o trago aqui pro médico para nós vermos juntos a situação. E antigamente não, valia o que eu falava. Hoje é bom por isso.

O hospital melhorou muito. O tratamento na área de saúde mental evoluiu bastante. Somente o fato de as famílias participarem, não largarem mais paciente dentro do hospital faz muita diferença. Aqui temos um atendimento familiar diferenciado. Nós nos reunimos e conversamos com a família, damos apoio, orientamos. Eles se sentem tão bem aqui.

Faz muitos anos que existe esse tipo de acolhimento aqui, mas bem antigamente, quando entrei, não existia. Era somente a assistente social que fazia esse trabalho. Não toda a equipe como é hoje, médico, psicólogo, assistente social e nós da enfermagem.

Hoje a medicação é mais dosada e também se usa menos, pelo fato de conversar mais com o paciente, ter mais atividades. Antigamente era só medicação no paciente. Hoje não, hoje o paciente tem uma série de outros complementos. Atualmente há as terapias ocupacionais, as atividades dentro da unidade, o atendimento familiar semanal. Tudo isso é importante para o paciente, é um incentivo. Ao ser incentivado, ele se mantém melhor. Ele não precisa só do remédio. O paciente só é medicado quando há necessidade mesmo.

Quando o paciente começa a se agitar, antes de chamar o médico para fazer uma medicação, nós tentamos conversar com ele, ver outra solução, para depois, em último caso, chamar o médico para medicá-lo. A contenção é em último caso que fazemos. Aqui nós fazemos uma por mês, é muito raro. Às vezes, não ocorre nenhuma no mês. E é em uma unidade de agudos, que deveria ter um monte. A unidade feminina tem mais. Agora aqui não tem. A gente convive bem melhor aqui. Acho que com paciente homem também é mais tranquilo.

Quando é necessário encaminhar um paciente para outro hospital, o médico faz o pedido, a supervisão entra em contato com o local onde necessita e aí é marcada a data. Existe toda uma parte burocrática. Mas não é muito fácil levar um paciente daqui para um hospital geral não. Quando chegamos lá, os profissionais têm medo dele, não sabem lidar, ficam apavorados. Aí, se falamos que o paciente está agitado, o pessoal já passa na frente. É que nem chegar ao [nome de um hospital geral]. É chegar e dizer que o paciente pode se agitar, alguma coisa, eles já vão atender. É a falta de conhecimento, eu acho. Talvez não seja nem uma rejeição. Talvez seja uma dificuldade que as pessoas têm de não conhecer a doença, como lidar com ela. Porque se eles conhecessem, eles iriam ver que não há nenhuma dificuldade. Que, às vezes, o paciente é bem melhor do que o outro com quem eles estão lidando lá. Às vezes a enfermagem nesses hospitais se nega até a atender, só o fato de não querer. Esses pacientes são tão queridos, são tão carentes! É tão bom

conversar com eles! Nossa, se você chegar ao pátio e ficar o dia inteiro lá com eles, você vai ver o quanto eles são carentes e quanto eles dão pra você, eles têm uma afetividade tão grande! Há pacientes que são os mais meigos possíveis. Só são agitados aqueles que estão naquele surto mesmo, mas esses são a minoria. O pessoal da enfermagem perde essa oportunidade, não sabe o quanto está perdendo. Eu odeio quando falam “nossa você cuida de louco?”. Loucos são eles.

Com relação à Reforma Psiquiátrica, tão discutida ultimamente, posso dizer que aqui melhorou com a saída de muitos pacientes crônicos. Nós tínhamos 70% de pacientes crônicos. Ficaram somente uns 20. Está diminuindo bastante. Fora os crônicos, nosso hospital está com um total de aproximadamente 130 pacientes. São 90 das unidades de agudos, uma masculina e duas femininas e 40 da unidade de reabilitação de adictos. Mas a esperança que nós temos é que o hospital continue. Eu acho que ainda precisa de alas, o Estado precisa de alas para os pacientes em crise.

Mesmo com a saída de pacientes crônicos, ainda temos vários aqui porque não há lugar para colocá-los. O que atrapalhou essa reforma foram os crônicos que a família não tem mais onde colocar. Então eles pulam daqui pra li, dali pra li, mas onde é que eles vão ficar? Estão abrindo muitas casas de apoio, mas ainda têm que abrir mais.

A Reforma Psiquiátrica melhorou as condições de muitos pacientes que viviam jogados nos hospitais psiquiátricos, que se encontravam no fundo do hospital psiquiátrico e nem tinham problema psiquiátrico. Limpou os hospitais psiquiátricos. Mas que ainda precisa de muito, ainda precisa.

Esses novos dispositivos assistenciais ainda estão muito fracos. Precisa haver mais residências terapêuticas, os cuidadores precisam ter mais experiência, eles estão indo para lá com pouca experiência. Quantos dos nossos pacientes deixaram de ir para as residências terapêuticas, como o [nome de um paciente] e o [nome de outro paciente], porque eles não têm como cuidar! Não há pessoal que saiba cuidar do paciente na hora do surto. Dizem que eles estão tendo pouco tempo de conhecimento. Eu não sei. Eu não sei qual é a formação do cuidador.

Eu sei que lá no [nome de uma associação beneficente], quando os pacientes não estão bem, eles vêm para cá. Então precisa haver as duas

coisas. Essa referência. Porque todo o paciente que está ruim lá, vem pra cá. Os nossos, quando, estão agitados lá, vêm pra cá. Então acho que ainda está faltando alguma coisa. Estão faltando profissionais nas residências que consigam mantê-los lá. Há ainda muita coisa a desejar. Ainda não está muito bem amarrada essa situação. Porque senão vai ficar sempre nesse impasse, os hospitais vão ficar sempre lotados. A maioria dos nossos vêm e vão, vêm e vão. E o [nome de um paciente] é mesmo um que nunca vai sair daqui, quem é que vai segurar ele lá ou o [nome de outro paciente]? Eles nem os querem lá. Pelo risco que os pacientes têm. E daí onde é que eles vão morar se o hospital não pode ficar com eles? Com a nova reforma, o paciente não pode mais permanecer aqui dentro. Mas também nas residências eles não podem recebê-los pelo risco. Então não sei, tem que arrumar um outro meio.

Também percebo muitas fragilidades nos CAPS. Pra começar, os pacientes que estão saindo daqui em um mês já estão voltando, não estão conseguindo vagas no CAPS. Estão faltando vaga nos CAPS. Não é nem um e nem dois que estão voltando para cá por causa desse problema. E daí é claro que o paciente, coitado, fica em casa aguardando, aguardando, a família às vezes não tem condições de manter remédio, não vai buscar, é complicado.

Além disso, nem todos os municípios ainda têm CAPS. Está faltando muito CAPS. Nós sabemos disso porque recebemos paciente de todos os municípios do Estado.

O que tinha que acontecer era, logo em seguida que o paciente sai do hospital, já ir fazer o tratamento no CAPS. Aí ele só voltaria para o hospital se precisasse mesmo. Mas ainda não está bem integrado. Aqui, quando sai, o médico já manda a carta de encaminhamento, tudo certinho para ir. Mas ainda não tem muito, ainda falta. Outra coisa é aquele programa de volta para casa. Eu não o vejo acontecendo.

As famílias com quem conversamos aqui, se compararmos com o que presenciávamos antigamente, hoje aceitam mais o paciente. Elas têm um carinho maior. Não sei o que aconteceu. Mas hoje elas vivem bem melhor com os pacientes. Tirando essas que sofrem muito com o doente, como, por exemplo, como a desses drogadictos, eles não são fáceis. Mas no geral, as mães, as famílias estão vindo no atendimento.

Esse ano eu saio e graças a Deus com a cabeça ainda bem e com o dever cumprido, foi uma experiência que valeu a pena e agradeço a Deus todo dia por isso. Novembro será o último mês que irei trabalhar. Às vezes, assim, eu fico até imaginando. Eu terei que fazer alguma coisa, porque não vai ser fácil trabalhar 35 anos e depois não ter o que fazer. Eu já estou programando o que vou fazer. Logo que eu sair daqui, vou viajar. Depois penso em fazer cursos na área de culinária. Estou toda empolgada. Não quero mais trabalhar na área de saúde mental. O Dr. [nome de um psiquiatra] queria que eu fosse pro [nome de um hospital psiquiátrico], mas eu não quero. Vai abrir uma ala de dependência química particular lá e fui convidada. Eu conheço o Dr. [nome de outro psiquiatra], que é o diretor lá, ele trabalhou aqui também. Mas eu disse não, não quero mais. Chega! Vou fazer outra coisa. Eu acho que estou saindo realizada do meu trabalho. Estou saindo bem com a minha consciência. Isso é o mais importante. Porque não deve ser fácil sair com alguma coisa pendente. Eu refleti que ninguém é santo, que todos nós fazemos coisas erradas, mas eu sempre fui de arrumar a situação quando fazia algo de errado. Nunca fui de deixar a coisa crescer ou de ignorar. Tudo que acontecia eu sempre fui de refletir e ajeitar, se brigasse, logo ia acertar. É bom assim.

Colaborador: C6

Tom vital: Comecei a trabalhar na assistência psiquiátrica em 1966. A quantidade de pacientes internados era absurda, a medicação naquela época era pouca e a que existia era fraca, os tratamentos utilizados eram o eletrochoque, o choque cardiazólico, a insulinoaterapia. Para conter a agitação e a agressividade, eram utilizados colete e lençol de contenção, cubículos. Era tudo muito precário, enfermaria com 70 pacientes e nenhuma cama, não havia autoclaves para esterilizar os materiais, as seringas e as agulhas não eram descartáveis. Hoje, com a reforma psiquiátrica, posso dizer que melhorou. Atualmente o tempo de internação é menor, tem equipe multiprofissional e tem modalidades de tratamento extra-hospitalares.

Eu morava em [nome de um município do Paraná] em um sítio com minha família quando meu pai ficou doente e após cinco anos veio a falecer. Minha mãe vendeu tudo o que tínhamos para cobrir as despesas com serviços de saúde. Acabamos nos mudando para Curitiba, e o dono do Hospital [nome de um hospital psiquiátrico privado] tinha um grau de parentesco com minha família e nos ajudou. Ele colocou minha mãe para cuidar de uma chácara e meu irmão mais velho, que tinha 20 anos, começou a trabalhar nesse hospital no setor de manutenção. Na época, eu estava com 11 anos, tinha mais um irmão de 13 e duas irmãs, uma de 9 e outra de 7 anos.

Quando o meu segundo irmão atingiu a maioridade, ele também foi trabalhar naquele hospital e quando eu completei 18, em 1965, o Dr. [nome do dono do hospital psiquiátrico privado] do mesmo modo queria que eu fosse, eu não queria, tinha medo. Além disso, o salário mínimo do hospital era muito baixo, 74 contos de réis. Naquele tempo, eu trabalhava de saqueiro no café, tirava 22 e 500 por semana, trabalhava por produção, então era um bom salário. Daí pra ir ganhar 74 contos de réis! Mas ele insistiu, me tirou do café e fui trabalhar na manutenção do hospital, pois eu sabia atuar de pedreiro.

Como meu irmão fazia de tudo na manutenção, me ensinou a fazer a parte de elétrica e hidráulica. Fiquei um ano trabalhando nessa área. Depois o Dr. [nome do dono do hospital psiquiátrico privado] nos obrigou a fazer o curso de atendente de enfermagem clínico e psiquiátrico no Senac e eu fiz. Até tive

uma professora que se especializou em Paris. Ela era muito boa. Eu me lembro de uma fala dela, era mais ou menos assim: “se você quiser trabalhar muitos anos no hospital psiquiátrico sem ficar doente, não pode trazer problema de fora do ambiente de trabalho para dentro e nem levar de dentro para fora. Você precisa cuidar dos pacientes, fazer tudo o que for necessário e sair do hospital com a cabeça tranquila. Então você tem que ir para casa e pensar na sua família. Quando você voltar para o hospital deve esquecer os problemas lá de fora e se concentrar no paciente”. Foi isso o que eu fiz a vida toda.

Mas eu não queria passar para a enfermagem porque eu tinha medo, mas passei, gostei e fui ficando. Comecei a trabalhar na assistência psiquiátrica em 1966, permaneci naquela instituição durante 14 anos. Como o primeiro hospital em que trabalhei era particular, o internamento era realizado somente com a presença da família. Os familiares visitavam os pacientes e também os buscavam quando recebiam altas.

Existiam as enfermarias normais e os quartos individuais para as pessoas cuja família tinha condições financeiras e podia pagar. No entanto, essa diferença de classe social não interferia no modo de tratamento, todos os pacientes eram tratados da mesma forma.

Os banhos eram realizados em chuveiros e a alimentação sempre foi boa. O público gostava muito da instituição, o hospital chegou a sair na imprensa como sendo o de preferência do povo, foi elogiado o atendimento médico, da enfermagem e do pessoal da higiene. Nossa, era difícil termos vagas!

Barbaridade era a quantidade de indivíduos internados, era muita. Chegávamos a ter em enfermarias que cabiam dez camas, 15, 20 leitos. Eu me lembro que para nós passarmos entre as camas para administrar o remédio ao paciente, tínhamos que ir meio de ladinho. Então dávamos medicamento para uma pessoa, depois virávamos e já dávamos para outra.

A medicação naquela época era pouca, quase não tinha e a que existia era fraca. Usávamos Haloperidol de 1 miligrama e Amplictil de 25 miligramas, somente mais tarde foram chegar os novos fármacos. Por isso trabalhávamos muito com a eletroconvulsoterapia, o famoso eletrochoque, ele resolvia naquele tempo porque a agitação era demais e depois da aplicação os pacientes ficavam calmos.

Para os pacientes bastante agitados, o médico prescrevia geralmente duas vezes por semana um eletrochoque que era aplicado sob o seu acompanhamento nas segundas e sextas-feiras. Então se tínhamos 20 pacientes para fazer eletrochoque, todos eram feitos no mesmo dia. O procedimento acontecia assim, se a pessoa usasse prótese dentária, tirávamos, se fosse dente natural, colocávamos uma borracha na sua boca para não morder a língua, segurávamos o queixo, as clavículas para não se deslocarem na hora em que houvesse a convulsão e os joelhos porque senão eles se levantavam. Precisávamos de um total de seis funcionários para segurar bem o paciente na cama, para não ter perigo de ele se machucar.

Em todo o procedimento, o médico ficava nos acompanhando com a medicação de emergência preparada para o caso de acontecer de o paciente ter uma parada cardíaca. Mas no meu tempo isso nunca aconteceu.

O profissional responsável pela aplicação do eletrochoque ficava atrás da cabeça do paciente. O equipamento tinha uma caixinha na qual era regulada a voltagem, 110 volts, e tinha duas bonequinhas, uma delas com um botãozinho para ligar. Era colocada uma gaze molhada com solução de água e sal em cada bonequinha e então se encostava na parte temporal do paciente e apertava o botãozinho por quatro segundos. Ele entrava em convulsão, como se fosse um ataque epilético, espumava pela boca, ficava um tempo meio bobo, não sabia onde estava. Ficávamos cuidando, senão ele caía da cama e não deixávamos os outros pacientes vê-lo, todos ficavam sempre separados por biombos. Depois que a pessoa melhorava, nós a deixávamos sentar. Ela não sabia que tinha tomado o choque. Isso melhorou muitos pacientes naquele tempo.

Outro tratamento daquela época era o choque cardiazólico, utilizávamos naqueles pacientes muito crônicos, surtia quase o mesmo efeito da eletroconvulsoterapia. O cardiazol consistia em um medicamento que vinha em uma ampola de 1 ml. O médico fazia a prescrição, e antes de administrá-lo fazíamos os procedimentos preparatórios, como no eletrochoque. O cardiazol era administrado bem rápido em via endovenosa, fazíamos umas cócegas na sola dos pés do paciente e ele entrava em convulsão. Esse tipo de terapia dava resultado. Nos casos de pacientes superagitados era uma beleza, pois a medicação oral não surtia efeito.

A insulinoterapia também era uma modalidade terapêutica utilizada. O médico prescrevia, por exemplo, 30 comas de insulina. Então começávamos aplicando dez unidades de insulina subcutânea às cinco horas da manhã e íamos somando dez unidades a cada dia até o momento em que a pessoa fazia o pré-coma. A enfermagem tinha que ficar em cima, atenta. No dia seguinte ao pré-coma, aumentávamos mais dez unidades de insulina e então o paciente entrava no coma. A partir daí, a dose era sempre a mesma, se o paciente fez, por exemplo, coma com 100 unidades de insulina, ele ia tomar sempre essa dosagem até terminar o tratamento. Se o médico tivesse colocado na prescrição 30 comas, nós marcávamos o dia em que ele fez o primeiro coma, contávamos 30 comas e então encerrávamos o tratamento.

Era comum o médico prescrever 30 comas de insulina e o eletrochoque em coma. Era difícil fazer isso, a enfermagem tinha que ficar em cima porque o paciente quando entra em coma insulínico não pode ficar nessa situação por mais de 15 minutos. Por isso já deixávamos preparada uma bandeja com glicose para administração endovenosa e um canecão com água e bastante açúcar. Logo que o paciente entrava em coma, uma veia dele era puncionada e então injetávamos 20 ml de glicose, ele ia acordando. Em seguida, nós o levantávamos e mandávamos tomar toda a solução de água e açúcar que estava preparada. Geralmente, o paciente estava suando, a insulina dá um suadouro. Levávamos o paciente para o chuveiro, então dávamos um banho, trocávamos sua roupa e o encaminhávamos para tomar café bem doce e comer dois ou três pães. Depois ele se sentava no pátio e andava um pouco para não entrar em coma novamente, pois se ele se deitasse, podia entrar.

Posteriormente esses tratamentos foram acabando, paramos de usar o cardiazol um pouco antes de 1970, vi realizar a insulinoterapia até início dos anos 70 e a eletroconvulsoterapia foi até meados da década de 70. Entraram as medicações mais fortes, como o Neozine e o Amplictil de 100 miligramas, que já eram uma paulada. Para os casos em que o paciente estava muito agitado, que precisava às vezes de cinco ou seis pessoas para segurá-lo, tínhamos também uma injeção chamada Sonifen que o fazia dormir. Ela não trazia perigo para o paciente, pois não alterava a pressão arterial, não mexia com nada. Administrávamos 1 ml na veia e em cinco minutos a pessoa estava dormindo. Era um sono tranquilo, quando acordava estava calmo.

Depois acabou o Sonifen e entrou o Amplictil aplicado juntamente com o Fenegan. O médico prescrevia conforme a agitação do paciente, podia ser um Amplictil e um Fenegan endovenoso, dois Amplictil e um Fenegan ou quando o paciente estava quebrando tudo, tentando machucar alguém ou a si mesmo, eram prescritos três Amplictil e um Fenegan. Nós da enfermagem ficávamos durante a primeira meia hora controlando a pressão arterial, porque podia resultar em hipotensão, já mantínhamos ali um soro fisiológico conforme recomendação médica. Mas eram poucas as vezes que acontecia a hipotensão.

Naquela época, dar injeção era uma tristeza! De manhã tínhamos pilhas de injeções para aplicar, pois eram muitos pacientes e quase todos tomavam medicamentos injetáveis. Tínhamos dependentes químicos, alcoolistas e psicóticos, todos juntos na mesma unidade. Os alcoolistas, por exemplo, tomavam muitas vitaminas, umas injeções enormes, saíam de lá gordos porque todo dia tomavam um coquetel. Não havia autoclaves para esterilizar os materiais, o que tínhamos era um aparelho chamado ebulidor. As seringas e as agulhas não eram descartáveis como hoje em dia. Então lavávamos as seringas em uma pia, passávamos uma água, deixávamos de molho em um sabão, acho que era germiquil o nome e depois enxaguávamos. O mesmo processo era realizado com as agulhas e, além disso, precisávamos afiá-las. Depois, todos esses materiais eram colocados limpos no ebulidor, esse equipamento era cheio com de água e fervia por duas ou três horas.

Tínhamos que fazer isso todos os dias, pois para trabalhar devíamos ter os instrumentos bons. A farmácia só nos disponibilizava materiais quando uma seringa se quebrava, porque a seringa era de vidro, então precisávamos levar o pedaço da seringa pra farmácia nos dar outra, se fosse um termômetro que quebrava, era mesma coisa, tínhamos que provar que havia quebrado para receber um novo.

Às vezes, precisávamos fazer uma injeção e os materiais estavam fervendo no ebulidor, aí tínhamos que pegá-los com um pinça, colocá-los meio que nos queimando em cima de alguma coisa esterilizada para esfriar um pouco. Então nessa época era triste para nós porque era assim. Até para fazer um curativo era difícil. Isso foi muito tempo, acho que usei ebulidor de 1966 até mais ou menos 1980.

Eu trabalhava das sete da manhã às seis da tarde, dia sim, dia não. A agitação de pacientes era o dia inteiro, meu jaleco nunca tinha botão, porque o doente arrancava tudo, isso quando nós não levávamos uma na cara, porque eu cansei de levar, eu fiz até raspagem em um dos meus olhos porque um paciente me agrediu. Foi assim, eu tinha uma mania de fazer ronda noturna para ver se todos estavam dormindo, então eu ia de cama em cama olhando sem acender a luz para não acordar ninguém, pois nós dávamos graças quando os doentes dormiam. Nessa de olhar um e outro, acabou que um paciente me pegou, eu não sabia nem quem ele era, tinha sido internado naquele dia.

Agressão acontecia direto, era comum um paciente agredir outro. Nessas situações, tínhamos que separar os dois e nisso acabávamos nos machucando também porque para imobilizá-los não podíamos machucar. Quantas vezes aconteceu de eles nos baterem até o pessoal da equipe chegar para ajudar!

Como contenção física, utilizávamos o colete e o lençol de contenção. O colete era colocado em pacientes que se autoagrediam, eles ficavam apenas com os braços amarrados, conseguiam andar, só que era perigoso porque podiam cair, então a enfermagem precisava ficar atenta. Já o lençol de contenção continha a pessoa na cama. O paciente ficava deitado, vestíamos nele uma lona com braçadeiras de couro e fivela que prendiam as pernas e os braços no leito. Colocávamos ali uma proteção para não garrotear os membros. Só que a pessoa não podia ficar contida dessa forma por muito tempo, então para não machucá-la, logo que o médico a sedava, retirávamos o lençol de contenção.

Quando um paciente mesmo após a medicação não dormia, conversávamos com ele, se estivesse calmo, removíamos a contenção. Mas me lembro de muitos casos de soltarmos o indivíduo e imediatamente termos que contê-lo novamente. Era soltar e ele nos agredir.

Também existiam os quartos de segurança. Eram individuais, utilizados somente para os pacientes muito agitados, que não podiam ficar com os demais. Esses espaços consistiam em quartos normais, abertos para que os profissionais pudessem ver a pessoa que estava lá dentro. Como as portas não eram fechadas, no inverno, colocávamos várias cobertas e ligávamos o

aquecedor a gás. O paciente ficava lá, nós da enfermagem observávamos, conversávamos com ele e quando estava muito agitado chamávamos o médico para medicá-lo. Acredito que esses quartos de segurança foram extintos no final da década de 1970.

Foi nesse período que eu saí do [nome do hospital psiquiátrico privado que trabalhou] e fui para o [nome de um hospital psiquiátrico] e para o [nome de um hospital geral]. Aprendi bastante no [nome do hospital geral], porque lá você aprende. Trabalhei com Pronto Socorro, emergência. Depois vim para cá [hospital campo deste estudo].

Aqui no [hospital campo deste estudo] a admissão era diferente pelo fato de o hospital ser público. Os policiais apanhavam as pessoas que perambulavam pelas ruas, eles notavam que eram doentes, que não eram bandidos, e traziam para cá. Chegavam com os camburões, encostavam nos portões atrás do hospital e descarregavam os coitadinhos, muitos não diziam nada, outros falavam nome, mas se denominavam errado, pois normalmente o paciente quando está agitado não aceita dar seu nome. Por isso nas fichas de internamento constava “ignorado”. Como essas pessoas não tinham um responsável pelo internamento, foram ficando no hospital. Nós os chamávamos de moradores. Aliás, ainda hoje temos alguns desses pacientes.

Quando entrei aqui havia enfermaria com 70 pacientes e nenhuma cama. Eles dormiam no chão. Esse [nome do hospital campo deste estudo] já foi uma lástima. Eu não cheguei a ver bem o começo do hospital, no meu tempo já tinha chuveiro quente, mas fiquei sabendo pelos funcionários mais antigos que nem isso tinha.

A equipe de enfermagem era formada por atendentes que faziam a supervisão [risos], enfermeira mesmo só havia uma, a chefe, era a Dona [nome da enfermeira]. Posteriormente foi melhorando, a supervisão passou a ser realizada pelo auxiliar, depois pelo técnico e então pelo enfermeiro. Mas o atendente de enfermagem sempre foi o espelho do hospital psiquiátrico.

Nós, além de darmos medicamentos, alimentação e encaminhar para banho, precisávamos ficar direto com os pacientes, tínhamos que estar junto, senão um agredia o outro. A agitação era muita.

Eu sofri aqui, mas não esmoreci. Quando entrei em 1979, eu tinha uma cabeça diferente do pessoal que já trabalhava, eu estava acostumado com o

[nome de um hospital psiquiátrico privado] e o [nome de outro hospital psiquiátrico], nos quais eu já havia trabalhado, locais onde, por exemplo, nos horários das refeições todos os pacientes ficavam sentadinhos no refeitório, cada um tinha seu prato e talher. Aqui no [nome do hospital psiquiátrico campo deste estudo] não era assim. Comecei do zero. Os pacientes não se sentavam a mesa, comiam em pé. Pra eu conseguir colocá-los na mesa sentadinhos, comendo no prato, tomando café na caneca, não foi fácil. Eles não aceitavam, não queriam. Eu os chamava no refeitório, os colocava sentadinhos e dali a pouco eles passavam a mão no prato e iam para o pátio, não tinha jeito. Não estavam acostumados. Os profissionais não se importavam de o paciente comer andando pelo pátio. Mas ele era um ser humano, tinha que comer sentadinho! Com o tempo, conseguimos trazer os pacientes para a realidade, eles passaram a comer sentados, usar talher e prato, tomar banho e trocar a roupa.

Em 1984, eu entrei em uma unidade feminina muito agitada. Por causa da agitação, o médico não conseguia entrar lá, ele chegava na porta e as 70 pacientes iam em cima dele. Fiquei pensando o que é que eu poderia fazer para melhorar aquela situação. Então comecei a arrumar atividades para elas desenvolverem, pois ali não havia o que fazer, elas ficavam só fechadas. O diretor do hospital cedeu um pedaço de terra para fazermos uma horta. Eu trazia do meu bolso sementes, adubos e ferramentas. Duas horas por dia, eu as levava para plantar alface, pepino, milho e outras coisas. Depois nós colhíamos, vendíamos e guardávamos o dinheiro para fazer uma festinha no Natal. O hospital fazia uma coisinha, mas não dava um presentinho.

Quando nós não íamos para a horta, eu arrumava sacos de estopa, conseguia retalhos e as pacientes faziam tapetes. Eu cortava os fios, elas amarravam. Depois vendíamos para os funcionários, 10% do lucro eu dava para elas comprarem balas na venda e o restante ia para a caixinha pra festinha do final de ano.

Quando chegava o final de ano, mandávamos fazer salgadinhos, docinhos e trazíamos refrigerantes. Uma semana antes do Natal, eu entrevistava todas as pacientes para ver o que gostariam de ganhar, comprávamos os presentes e colocávamos um cartãozinho com o nome de cada uma. Assim, no dia de Natal, além da ceia, elas ganhavam o presentinho.

Tudo isso acalma as pacientes, pois elas notavam que nós também tínhamos respeito por elas. Porque na época os profissionais deixavam tudo meio largado, davam remédios, comida e pronto, e as deixavam no pátio. Mas não era esse o nosso papel, elas eram seres humanos, tínhamos que valorizá-las. Eu me sentava com elas e conversava, conversava. Quando chegou um tempo, o médico já podia entrar, fazer um grupo, eu colocava todas sentadas, ele conversava com todas, não havia agressão, começou a melhorar.

Uma coisa que eu achava errada aqui no [hospital campo deste estudo] eram os cubículos. Eles eram diferentes dos quartos de segurança que existiam no [nome do hospital psiquiátrico privado que trabalhou], eram fechados. A porta tinha apenas uma janelinha pra nós vermos o paciente. Já as contenções eram realizadas como nos outros hospitais, havia o lençol de contenção e o colete. A pessoa era contida quando ela agredia ou se autoagredia. Faz uns dez anos que o lençol de contenção foi trocado pela faixa.

No início, o enfaixamento era feito com o paciente nu, deitado, enrolávamos seis ou sete faixas, as duas ou três primeiras eram umedecidas com água morninha para acalmar e depois as outras eram secas para conservar o calor. Ele ficava parecido com uma múmia. Havia paciente que gostava, chegava a pedir para ser contido dessa forma. Porque não o agride, só que ele não pode se mover. Ele fica ali, fica enroladinho.

Antes a família era mais ausente no tratamento do paciente, ela vinha no hospital somente nos dias de visita. Depois, quando foi criado o atendimento familiar, isso começou a melhorar. Fizemos cartõezinhos com informações sobre datas de dias de visita, orientação às famílias com vários profissionais e entregávamos na admissão do paciente. O doente mental depende muito da família, ele tem que ter alguém que o acompanhe, que esteja junto.

Hoje em dia, com a reforma psiquiátrica, eu posso dizer que tudo melhorou. Atualmente, o tempo de internação é bem menor, antes o paciente ficava seis meses, um ano internado, mesmo tendo família. Agora os que estão aqui há anos estão porque não têm família, o hospital não pode soltar, vai soltar como? Então esses não há mesmo como.

Antigamente, se o paciente não quisesse sair de alta, ele falava com o médico e continuava internado. Havia pessoas que permaneciam anos,

gostavam do hospital, ficavam fazendo alguma atividadezinha, às vezes, chegavam a ter um quartinho individual, isso tinha muito na época. Eu achava errado porque estava ocupando o lugar de uma pessoa que precisava. Hoje não, com essa mudança o hospital esvaziou. Pra você ver, lá no [nome de um hospital que trabalhou] eu cuidava da unidade 5, onde havia 120 pacientes. Éramos dois funcionários por turno. Em dia de visita, aquele jardim enorme se enchia. Parecia festa, mas era muita gente que nem sempre tinha necessidade de ficar internada. Então o hospital psiquiátrico naquela época parecia um depósito de seres humanos, de pessoas, que em minha opinião não deveriam estar lá, precisavam viver lá fora, mesmo que tomando remédio.

Outra coisa positiva é que agora nós temos uma equipe de profissionais completa. Outrora só havia a enfermagem, o médico. Então, todos os problemas éramos nós que tínhamos que resolver, fazíamos o serviço do assistente social, do enfermeiro, porque não existia enfermeiro nas unidades, só havia um para fazer todo serviço de chefia, e ele ficava na central, então, se precisássemos falar com ele, tínhamos que ir lá. Hoje não, temos vários enfermeiros, não sei se em todo hospital é assim, mas aqui temos bastante. Agora nós estamos com o paciente, escutamos a queixa dele, encaminhamos para o serviço social, para o enfermeiro responsável, temos aqui o [nome do enfermeiro] que faz grupos com os pacientes que são uma beleza, porque ele agarrou isso mesmo firme, na verdade toda a equipe. Tem o doutor [nome do psiquiatra], a [nome da psicóloga] também. Então hoje nós da enfermagem temos muito mais tranquilidade, não saímos mais com a cabeça desse tamanho [mostra com as mãos distantes uma da outra] como antigamente. Naquela época, o paciente buzina aqui, ali e não tínhamos como resolver tudo, não conseguíamos. Hoje temos a equipe completa, então melhorou.

Atualmente, também existem modalidades de tratamento extra-hospitalares, como os CAPS, os ambulatorios e os hospitais dia. Aqui, depois que os pacientes recebem alta, eles vão para o CAPS, mas eu não sei como é lá. Para falar bem a verdade, eu não acompanho esse tipo de serviço. Mas eu acho que é bom. Depende muito da família do paciente, se ela não se interessa, não o incentiva a dar continuidade no tratamento, ele não vai, ele não vai se interessar por si próprio. O doente mental tem que ter alguém junto.

Agora temos a lei que é para acabar com o hospital psiquiátrico. Sabemos que vai chegar uma época em que não vai existir mais. Vai haver os CAPS, os ambulatórios, isso tem que ter, pois se uma pessoa está com um problema de saúde mental, tem que existir um lugar para ir. Então isso vai ter que existir, mas eu acho que o hospital vai acabar.

Eu tenho 40 e poucos anos de psiquiatria. Eu tenho a minha consciência tranquila que trabalhei sempre com amor pelo paciente. Vou parar, vou me aposentar, já dei minha contribuição. Já sou aposentado pelo [nome de um hospital psiquiátrico] há 14 anos. Trabalhei 30 anos e me aposentei em 96. Eu trabalhava lá e aqui e usei o tempo lá, me aposentei e aqui continuo, estou com 31 anos aqui.

Eu agradeço a Deus porque em todos esses anos em nenhum dos meus plantões paciente se suicidou. Cheguei a ver morte natural, mas suicídio não. Mas então é isso aí, penso que hoje o [hospital campo deste estudo] é um dos melhores hospitais psiquiátricos.

ANEXOS

ANEXO A

Consentimento Livre e Esclarecido para Participação na Pesquisa dos profissionais de enfermagem da área de saúde mental:

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado: “O CONTEXTO HISTÓRICO, SOCIAL E POLÍTICO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL, PARANÁ E CURITIBA: DA SUA ORGANIZAÇÃO ATÉ A ATUALIDADE”. O objetivo desta pesquisa é compreender como portadores de transtorno mental, seus familiares e profissionais de enfermagem percebem as mudanças na assistência em saúde mental diante da reforma psiquiátrica. Este estudo está sendo coordenado pela Prof^a. Dr^a Mariluci Alves Maftum, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, DENF/UFPR.

Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista com questões de dados pessoais e profissionais, bem como a uma pergunta sobre sua experiência profissional na assistência em saúde mental. A entrevista será realizada por Andréa Noeremberg Guimarães, enfermeira e estudante do curso de mestrado em enfermagem da UFPR, orientada pela Prof^a. Dr^a Mariluci Alves Maftum, em uma sala da instituição em que você trabalha ou no local que você preferir e que terá privacidade. A duração da entrevista é de aproximadamente 40 minutos. Suas respostas serão gravadas em fita cassete e transcritas posteriormente para análise. Não aparecerá seu nome e sim uma letra qualquer do alfabeto. Tão logo a pesquisa termine, as fitas serão desgravadas.

Sua participação nesse estudo é voluntária, portanto, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Não há riscos, prejuízos, desconforto ou danos que possam ser provocados pelo estudo, não havendo necessidade de indenização. Você tem a liberdade de se recusar a participar da pesquisa ou, se aceitar participar, poderá desistir a qualquer momento, sem que isso afete seu trabalho.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos profissionais que realizam a pesquisa e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, não aparecerá seu nome, e conforme já mencionado, aparecerá uma letra qualquer do alfabeto. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade.

Estão garantidas todas as informações que você queira antes, durante e depois do estudo.

Está garantido o cumprimento de todas as determinações ético-legais antes, durante e após o término desta pesquisa.

A pesquisadora Mariluci Alves Maftum, Enfermeira, RG 3004262-0, coloca-se à sua disposição para esclarecimentos a respeito de qualquer etapa desta pesquisa e poderá ser encontrada na cidade de Curitiba, de segunda a sexta-feira, das oito às 17 horas, pelo telefone (41) 9921-9887.

Mariluci Alves Maftum – Prof^a. Dr^a. do DENF/UFPR.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo para o qual fui convidado(a) a participar. Concordo voluntariamente em participar da pesquisa como sujeito. A explicação que recebi pela pesquisadora menciona como o estudo será realizado e que não há riscos decorrentes da minha participação. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem sofrer qualquer penalidade. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

Assinatura do Participante

Curitiba, ____/____/____

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO B

Carta de Autorização e uso das Entrevistas *

Curitiba, ____ de _____ de 2010

Destinatário,

Eu, _____
(Nome, estado civil, documento de identidade), declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, gravada, transcrita e autorizada para leitura para a mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná Andréa Noeremberg Guimarães e sua orientadora a Prof^a. Dr^a. Mariluci Alves Maftum usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data.

Assinatura do Colaborador

*Adaptado dos modelos de carta de autorização e uso das entrevistas proposto por Meihy e Holanda (2007) p. 149-150.

ANEXO C

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa



Curitiba, 12 de novembro de 2009.

Ilmo (a) Sr. (a)
Mariluci Aves Maftum

Nesta

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **“O contexto histórico, social e político em saúde mental no Brasil, Paraná e Curitiba: da sua organização até a atualidade”** está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 28 outubro de 2009 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 12 de novembro de 2009.

Registro **CEP/SD**: 822.157.09.10 **CAAE**: 4187.0.000.091-09

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 12/05/2010.

Atenciosamente

Prof.ª Dr.ª Liliana Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde
Prof.ª Dr.ª Liliana Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - SD/UFPR

ANEXO D

Instrumento de Coleta de Dados**1. Dados de Identificação:**

- 1.1.Nome: _____
- 1.2.Endereço: _____
- 1.3.Contato: _____
- 1.4.Idade: _____

2. Dados laborais:

- 2.1 Instituição empregadora: _____
- 2.2 Função: () Enfermeiro (a)
() Auxiliar de enfermagem
() Técnico de enfermagem
- 2.3 Unidade: _____
- 2.4 Tempo de serviço: _____
- 2.5 Tempo de atuação na área da saúde mental: _____
- 2.6 Capacitação, qualificação, cursos em saúde mental que fez (relatar que tipo, duração e há quanto tempo): _____
- _____

3. Relate como você vivencia a prática em saúde mental desde quando a iniciou até o momento presente em que ocorre a implementação da reforma psiquiátrica.**Tópicos de Orientação:**

- Como era a prática assistencial de enfermagem antes da reforma psiquiátrica,
- Como é a prática assistencial de enfermagem agora no momento da reforma psiquiátrica,
- Como percebe as mudanças decorrentes da reforma psiquiátrica em sua prática,
- Em que tipo de modalidades já trabalhou,
- Trabalhou sempre no Paraná/Curitiba ou outro estado,
- Iniciou a prática anteriormente à formação profissional.